PREVENÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO: UM GUIA PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE

ISABELA DOS SANTOS MARTIN
ALINE CONCEIÇÃO SILVA
LAYSA FERNANDA SILVA PEDROLLO
MARIA ALINE LEOCÁDIO
KELLY GRAZIANI GIACCHERO VEDANA

Atena Editora
Ano 2022

PREVENÇÃO DO
RISCO DE SUICÍDIO:
UM GUIA PARA
PROFISSIONAIS
DA SAÚDE
ISABELA DOS SANTOS MARTIN
ALINE CONCEIÇÃO SILVA
LAYSA FERNANDA SILVA PEDROLLO
MARIA ALINE LEOCÁDIO
KELLY GRAZIANI GIACCHERO VEDANA
Atena
Editora
Ano 2022

CIÊNCIAS
BIOLÓGICAS
E DA SAÚDE

Atena
Editora
Ano 2022

Prevenção do risco de suicídio: guia para profissionais da saúde

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P944 Prevenção do risco de suicídio: guia para profissionais da saúde / Organizadoras Isabela dos Santos Martin, Aline Conceição Silva, Laysa Fernanda Silva Pedrollo, et al. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Outras organizadoras
Maria Aline Leocádio
Kelly Graziani Giacchero Vedana

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-0494-1
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.941220809

1. Suicídio - Prevenção. I. Martin, Isabela dos Santos (Organizadora). II. Silva, Aline Conceição (Organizadora). III. Pedrollo, Laysa Fernanda Silva (Organizadora). IV. Título.
CDD 616.858445

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Apoio

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce,* ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a todos os envolvidos no desenvolvimento deste *e-book*.

Ao apoio financeiro da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da USP, em parceria com a Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo (FUSP) e com o Banco Santander, por meio do 7º Edital Santander / USP / FUSP de Fomento às Iniciativas de Cultura e Extensão.

Aos autores, por aceitarem prontamente o desafio de participarem da construção deste material.

À Pam Kirsner pelo especial encontro, que deu luz ao nosso material.

À Editora Atena, representada pela Natalia Oliveira, que se colocou constantemente à disposição.

E aos membros do CEPS que estão contínua e ativamente presentes no desenvolvimento de cada trabalho.

Nossa gratidão! ♡

APRESENTAÇÃO

Estimado leitor(a),

Seja bem-vindo(a)!

A ideia de construção deste material percorre alguns anos e se concretiza em um momento de importante necessidade de formação profissional humanizada, acolhedora, abrangente na diversidade sociocultural e pautada na defesa dos direitos para uma vivência e vida dignas.

O material emerge dos anseios da Professora Kelly Graziani Giacchero Vedana, em consonância com o trabalho dos grupos de pesquisa e extensão, sendo eles, respectivamente, o Laboratório de Estudos em Prevenção e Posvenção do Suicídio (LEPS) e o Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio (CEPS) liderados pela mesma.

Nos últimos anos a necessidade de ações de cuidados para promoção da saúde mental e prevenção do suicídio tem sido cada vez mais endossada. Nesse sentido, o material vem com o objetivo de possibilitar aprendizagem e reflexão aos profissionais que atuam nos diferentes serviços da rede de assistência à saúde. Para conseguir tal objetivo, as organizadoras deste *e-book* convidaram autores de diferentes regiões do Brasil, Canadá e Portugal, que se dedicam ao estudo e à prática de cuidado relacionados à temática de prevenção do suicídio.

Este material representa o encontro de profissionais e estudiosos que acreditam que é possível o cuidado em saúde mental de forma digna, efetiva, individualizada e humanizada. E é esta crença que nos inspira e motiva!

Desse modo, convidamos você, leitor(a), para também acreditar e se motivar conosco!

Esperamos que a leitura seja proveitosa e que faça a diferença em sua prática profissional!

Isabela Martin, Aline Conceição, Laysa Pedrollo, Maria Aline Leocádio e Kelly Vedana

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

SUICÍDIO:
CONCEITOS, ESTATÍSTICAS E REPRESENTAÇÕES

CAPÍTULO 1

SUICÍDIO: CONCEITOS, ESTATÍSTICAS E REPRESENTAÇÕES

Lorena Schettino Lucas
Psicóloga, Mestra em Psicologia e Doutoranda na Universidade Federal do Espírito Santo

José Edir Paixão de Sousa
Mestre em Saúde Pública e Tenente Coronel no Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará

Gabriela Silva de Malafaia
Psicóloga, Especialista em Gestão de Pessoas e Psicóloga do Trabalho na indústria de Petróleo e Gás

Objetivo do capítulo: Apresentar os principais conceitos utilizados no estudo do fenômeno suicídio, as estatísticas no contexto brasileiro, as representações que a sociedade apresenta acerca do tema e as possibilidades de prevenção em diferentes áreas de atuação.

OS CONCEITOS E AS DEFINIÇÕES SOBRE SUICÍDIO NAS ÁREAS DE ESTUDOS SOBRE O TEMA

Considerado como “ato deliberado de tirar a própria vida, com desfecho fatal”, o suicídio é fenômeno complexo que envolve variáveis sociais, biológicas e psicológicas[1]. O assunto ultrapassa os limites de um único campo de conhecimento e mobiliza profissionais de várias áreas que buscam atuar em conjunto na tentativa de compreendê-lo e preveni-lo. Portanto, tendo em vista o caráter multidisciplinar do suicídio, é importante definir e diferenciar as diversas expressões e termos que serão utilizados no decorrer deste capítulo e do *e-book*, no intuito de estabelecer uma linguagem comum e uma base sólida de conhecimento para o leitor.

O chamado comportamento suicida engloba um conjunto de comportamentos, entre eles a ideação suicida, o planejamento suicida e a tentativa de suicídio. A ideação suicida se refere ao cenário em que a pessoa pensa no suicídio como uma possibilidade para si mesma[1]. O planejamento suicida, por sua vez, ocorre quando o indivíduo estabelece planos e organizações de como realizar o suicídio, incluindo escolha de método, local, data, entre outros[2]. Já a tentativa de suicídio se constitui quando o indivíduo pratica uma ação com o objetivo de pôr fim à própria vida, podendo vir a ficar com danos permanentes ou não[2]. A ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio são considerados

formas de violência autoprovocada. Além dessas, há também a autolesão não suicida, que se refere a qualquer ato intencional de automutilação (cortar a própria pele, por exemplo) ou de causar dano a si mesmo sem intenção de morte[1].

Outro conceito que se destaca é o do suicídio assistido. No suicídio assistido, o paciente põe fim à própria vida com a ajuda de terceiros, de forma intencional, geralmente pela autoadministração de medicamentos de forma letal[3]. O suicídio assistido não é autorizado por lei no Brasil.

Por mais que o suicídio seja um ato intencional de acabar com a própria vida, frequentemente a atitude interna do indivíduo é de ambivalência, em que a morte ocupa a função instrumental de acabar com o enorme sofrimento vivenciado e a ambivalência se manifesta por sinais que o indivíduo dá de um desejo de intervenção e socorro[4]. Portanto, o suicídio pode ser prevenido e, considerando a complexidade do fenômeno, existem diferentes modalidades de prevenção: a prevenção universal, a prevenção seletiva e a prevenção indicada[5].

A prevenção universal abrange o público em geral, independente do risco, e tem por objetivo evitar o início do problema. A prevenção seletiva, por sua vez, é realizada para grupos populacionais que apresentam maior vulnerabilidade e maior risco para o suicídio. Já a prevenção indicada é realizada para indivíduos de alto risco para uma determinada condição de saúde ou que já estão expostos a um ou mais fatores de risco[5]. Todas as modalidades são importantes para a prevenção do suicídio e devem ser realizadas em conjunto para se obter melhores resultados. No Quadro 1 é possível observar algumas possibilidades de aplicações práticas de cada uma das modalidades de prevenção.

Quadro 1 – Modalidades de prevenção do suicídio: características e ações possíveis.

Tipo de prevenção	A quem se direciona	Características e exemplos de ações possíveis
Prevenção universal	Toda a população	- Remoção das barreiras para o cuidado e aumento do acesso à ajuda; - fortalecimento dos fatores de proteção, tais como o suporte social; - desenvolvimento e implementação de políticas e melhoria do acesso ao cuidado em saúde mental; - promoção da redução do uso abusivo de álcool; - restrição do acesso a meios de suicídio; - veiculação midiática responsável; - ações que promovam a conscientização sobre saúde mental e suicídio.

Prevenção seletiva	Grupos vulneráveis (considerando características populacionais como idade, sexo, ocupação, histórico familiar, entre outros)	- Intervenções com grupos vulneráveis; - treino de *gatekeepers* (guardiões); - linhas telefônicas de ajuda; - busca ativa de indivíduos que apresentam os transtornos mentais mais relacionados ao suicídio.
Prevenção indicada	Indivíduos mais vulneráveis para o suicídio na população (por exemplo, pessoas que já demonstram sinais de risco de suicídio ou que fizeram alguma tentativa de suicídio)	- Suporte comunitário e monitoramento dos indivíduos; - avaliação e manejo de pessoas com comportamentos suicidas, com especial atenção aos dias ou semanas que seguem imediatamente uma tentativa de suicídio; - avaliação e manejo dos transtornos mentais e transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos estudos de Gordon (1983)[5] e da OMS (2014)[6].

Ainda que a prevenção seja possível em grande parte dos casos, as mortes por suicídio ainda acontecem diariamente e abalam o círculo social próximo do indivíduo que se suicidou. No Brasil, é comum o uso do termo *sobreviventes* em estudos sobre o tema para designar todos aqueles que perderam pessoas significativas por suicídio e cujas vidas mudaram substancialmente por causa da perda. Portanto, é importante destacar a diferença entre os sobreviventes de uma tentativa de suicídio e os sobreviventes enlutados, que geralmente são a família, os amigos e as demais pessoas próximas do falecido. Os impactados por suicídio, por sua vez, são as pessoas que não conheciam aquele que se suicidou, mas souberam do ato por outras pessoas, pela mídia ou presenciaram o suicídio de uma pessoa desconhecida[7].

Um suicídio pode chocar, abalar e, muitas vezes, calar os sobreviventes, provocando uma longa jornada no processo de luto no qual deverão lidar com suas próprias emoções frente à perda[8]. Por esse motivo, o processo de luto por suicídio pode exigir cuidados específicos. A perda de um ente querido por suicídio pode mobilizar uma série de sentimentos (como, por exemplo, perplexidade, culpa, tristeza e vergonha), além de trazer um risco aumentado para o suicídio do grupo de sobreviventes em questão[8].

Por conta do risco associado ao luto por suicídio, outro conceito relevante para os profissionais que lidam com o assunto é o de posvenção. A posvenção se define como ações de apoio que acontecem após o suicídio que têm o intuito de ajudar os sobreviventes a viver de forma mais saudável o processo do luto, com mais produtividade e menos estresse do que eles viveriam se não houvesse essa ajuda, sendo a prevenção para as futuras gerações[9]. Apesar de, por definição, a posvenção referir-se às ações realizadas após a ocorrência de um suicídio, há o entendimento de que estas são, também, de ações

de prevenção, na medida em que se constituem em ações de cuidado voltadas para os sobreviventes com o objetivo de reduzir o risco de suicídio.

O SUICÍDIO EM NÚMEROS

O suicídio se apresenta como desafio na saúde pública em todo o mundo. Para se ter uma dimensão da magnitude do problema, as estatísticas dos últimos dez anos demonstram que, a nível mundial, o suicídio é uma causa externa de morte responsável por mais óbitos do que aqueles ocasionados por câncer de mama, por HIV/AIDS, por homicídios e por guerras[10,11]. São cerca de 703.000 casos de mortes autoprovocadas por ano ao redor do globo[11].

Em 2019, no Brasil, houve aumento dos casos de morte autoprovocada em relação ao ano anterior: foram 14.540 suicídios em território nacional, dos quais 11.291 mortes corresponderam a pessoas do sexo masculino e 3.249 corresponderam a pessoas do sexo feminino[11]. O cálculo direto para comparação de risco entre os dois sexos demonstra que o risco relativo de uma pessoa do sexo masculino morrer por suicídio foi aproximadamente 3,5 vezes maior do que o risco para uma pessoa do sexo feminino. Tal constatação segue uma tendência mundial, apontada em diversos estudos, de que o número de suicídios entre os homens geralmente é maior do que o número de suicídios entre as mulheres[11]. As razões para a preponderância maior de suicídios entre homens podem estar relacionadas a diversos fatores, tais como a maior conduta de risco para homens, como agressividade, impulsividade e menor cuidado em relação à saúde física e mental quando comparado com as mulheres[10].

Durante a pandemia, um estudo sobre os suicídios ao redor do mundo mostrou níveis de estabilização ou diminuição em vinte e um países no período estudado[12]. Em 2020, o Brasil seguiu a tendência apontada no estudo, apresentando o total de 13.835 óbitos por suicídio, 705 a menos do que em 2019. Ao considerar a população de 213.317.639 habitantes em território brasileiro no ano de 2020[13], calcula-se que a taxa de suicídios neste período foi de 6,5 a cada 100.000 habitantes[1]. Este número representa uma diminuição em relação ao ano de 2019, em que a taxa foi de 6,9 mortes a cada 100.000 habitantes. Entretanto, outros estudos mostram a existência de uma confluência ou intensificação de diversos fatores de risco do período pandêmico que podem mudar o cenário para o

---

1. As Taxas de Mortalidade por Suicídio (TMS) do Brasil e suas regiões foram calculadas a partir da fórmula matemática adotada por Medronho et al (2009)[14]:

$$TMS = \frac{\text{Número de suicídios, na área A, no período Px (100.000)}}{\text{População média da área A, no período P}}$$

aumento dessas taxas, tais como as dificuldades econômicas, os efeitos do isolamento social, a ansiedade, o estresse elevado, o risco de contágio pela Covid-19, entre outros[15].

Considerando as dimensões continentais do Brasil e a sua subdivisão regional, a taxa de óbitos a cada 100.000 habitantes pode demonstrar comparação mais equilibrada entre o impacto do fenômeno do suicídio em cada região. A Tabela 1 é apresentada a fim de se obter uma visão geral da situação dos casos no país, considerando cada região brasileira e seus respectivos números de óbitos por suicídio em 2020.

Tabela 1 – Taxas de suicídios por regiões do Brasil, 2020.

Região	Total de suicídios	População	Mortes por suicídio a cada 100.000 habitantes
Centro-Oeste	1.299	16.707.336	7,8
Nordeste	3.239	57.667.842	5,6
Norte	1.119	18.906.962	5,9
Sudeste	5.046	89.632.912	5,6
Sul	3.132	30.402.587	10,3

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do DataSUS[16] e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021)[13].

Na Tabela 1, a região Sul se apresenta com o maior número de óbitos por suicídio a cada 100.000 habitantes, sendo ele de 10,3 mortes. Após a região Sul, encontra-se a região Centro-Oeste, com 7,8 óbitos. Com número menos expressivo que as regiões Sul e Centro-Oeste, a região Norte se apresenta com 5,9 mortes. E, por fim, as regiões Nordeste e Sudeste, com 5,6 óbitos a cada 100.000 habitantes, os números mais baixos em território nacional durante o ano de 2020.

A análise da evolução das taxas de morte por suicídio no Brasil em 2019, segundo faixa etária, demonstrou aumento da incidência de suicídios em todos os grupos etários[16]. Nas regiões Sul, Nordeste e Centro-Oeste, a taxa de mortalidade mais expressiva ocorreu entre pessoas com mais de 60 anos de idade. Na região Sudeste, por sua vez, os óbitos mais expressivos foram entre pessoas de 20 a 59 anos de idade. Por fim, na região Norte, os indivíduos entre 15 e 29 anos de idade obtiveram as taxas de suicídio mais expressivas[16].

O entendimento das diferenças entre as regiões brasileiras é importante para que estratégias de intervenção sejam planejadas e executadas de forma a se adequarem à realidade da população em questão. Tendo em vista as modalidades de prevenção já citadas (prevenção universal, prevenção seletiva e prevenção indicada), conhecer as características populacionais específicas e os fatores de risco e proteção atuantes pode

contribuir para que o suicídio seja prevenido de forma mais eficaz a partir de iniciativas locais, em diferentes campos de atuação.

A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM DIFERENTES CAMPOS DE ATUAÇÃO

O suicídio mobiliza ações na área da saúde, na educação, na assistência social, na comunicação, no direito, na segurança pública, no trabalho, entre outras tantas existentes. Por ser fenômeno multifatorial que afeta não apenas os indivíduos que o tentam, mas também suas redes de relações próximas, o suicídio como questão social é o foco de diversas iniciativas locais que visam sua prevenção.

Importantes iniciativas de prevenção, intervenção e posvenção de suicídio, por exemplo, podem ser desenvolvidas no ambiente de trabalho. Em todo o mundo, a maioria das mortes por suicídio são de pessoas em idade laboral, além de muitas destas pessoas estarem empregadas no momento de sua morte[17]. Por isso, é de grande importância o engajamento das empresas nas ações de prevenção do suicídio entre os seus colaboradores. Um importante campo de estudos que vem crescendo no Brasil é a Psicodinâmica do Trabalho, fundada pelo psiquiatra, médico do trabalho e psicanalista francês Cristophe Dejours, que tem relevante produção de conteúdo sobre o suicídio no trabalho. No Brasil, embora existam materiais que versam sobre as possibilidades de atuação nas organizações com foco na prevenção do suicídio, a produção de estudos ainda apresenta várias lacunas[18].

Uma das estratégias que as organizações podem adotar são as iniciativas com três focos de atuação:

1. *Upstream strategies*, em que o foco está nos fatores de proteção que podem reduzir os riscos, como por exemplo criar um senso de pertencimento, reduzir o estigma e as ações discriminatórias, aumentar o conhecimento das pessoas sobre saúde mental, entre outros. Também é possível a atuação com foco nos aspectos organizacionais e na redução dos riscos psicossociais do trabalho[19].

2. *Midstream approaches*, que incluem a criação de estratégias para identificação de pessoas que podem estar em risco e o encaminhamento destas para tratamento/acompanhamento apropriado antes que ocorra uma crise[19].

3. *Downstream tactics*, que são as ações necessárias quando acontece uma crise suicida, incluindo a ocorrência de uma tentativa ou uma morte por suicídio no ambiente de trabalho[19].

Outra área em que iniciativas de prevenção, intervenção e posvenção do suicídio são aplicadas em território nacional é a segurança pública. Nessa área, os membros

estão suscetíveis a um risco mais elevado de suicídio quando comparado com o restante da população brasileira, ao mesmo tempo em que trabalham em ocorrências de alta complexidade[10,11]. Para dimensionar a magnitude do problema, os números mostram que nos anos de 2018 e 2019 os casos de suicídios entre policiais militares e civis no Brasil foram maiores do que os casos de policiais mortos em efetivo trabalho operacional[20].

Para lidar com tal situação, destacam-se algumas iniciativas desenvolvidas especificamente para a área da segurança pública. Primeiramente, o *Curso Guardiões da Vida*, adaptado no Brasil com articulação ao *Programa Vidas Preservadas* do Ministério Público do Estado do Ceará [MPCE], tendo formado profissionais de segurança pública nas 27 unidades federativas brasileiras[21]. Em seguida, o *Curso de Atendimento a Tentativas de Suicídio* (CATS) do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará (CBMCE), que objetiva capacitar para intervenção baseada em escuta e diálogo, a fim de maximizar as chances de êxitos em resgates em tentativas de suicídio. Em 2022, o CATS foi o primeiro curso brasileiro reconhecido internacionalmente com certificação pela Federação Internacional de Psicologia das Emergências[22]. Por fim, o trabalho *Pró-Vida* da Secretaria Nacional de Segurança Pública e do Ministério da Justiça, que atua na promoção da saúde, da qualidade de vida e do bem-estar dos profissionais de segurança pública, contando com a participação de todos os estados brasileiros[23].

REPRESENTAÇÕES DO SUICÍDIO NA SOCIEDADE

As diversas iniciativas de prevenção do suicídio existentes no âmbito nacional contribuem para um novo olhar acerca do fenômeno que, por sua vez, remonta à antiguidade. O suicídio, ao longo dos séculos, vem ocupando lugares e exercendo funções diferentes em cada civilização. Entender como as sociedades antigas lidavam com a morte autoprovocada pode auxiliar na compreensão de como ela é pensada na atualidade[24].

Na Grécia antiga, por exemplo, provocar a própria morte não era tolerado se esta ação desrespeitasse aos deuses, ou seja, se não houvesse motivação considerada nobre para o suicídio. Portanto, o ato era passível de consentimento do Estado[25]. Já na Roma antiga, quando a pessoa apresentava trajetória honrada durante a vida, provocar a própria morte no momento por ela definido era fato tolerado e respeitado pela sociedade da época. O suicídio, portanto, era considerado direito do indivíduo, como maneira de afirmar a sua autonomia e razão[26].

Foi durante a Idade Média que Santo Agostinho, alarmado com o suicídio dos fiéis e com as possíveis perdas que isso poderia causar à Igreja Católica, condenou todos aqueles que realizaram tentativas de dar fim à própria vida[27,25]. Entendendo a filosofia judaico-cristã

e a crença de que a vida é um presente divino, suicidar-se passou a contrariar a vontade de Deus, questionar a Sua onipotência e duvidar do poder intercessor da Igreja[4]. É possível afirmar que foi neste período que se criou a aversão e a repulsa moral ao suicídio que ainda se fazem presentes nas sociedades ocidentais[27,25].

No século XVII, o suicídio passou a estar presente na literatura romântica e em peças de teatro, sendo transformado em dilema humano[4]. As peças *Hamlet* e *Romeu e Julieta*, de Shakespeare, trazem à tona a questão do ser ou não ser, apresentando o lado dramático e reflexivo do fenômeno[28]. Ainda que a moral religiosa tenha continuado a fazer parte das interpretações do suicídio até a contemporaneidade[29], o suicídio começou a ser entendido através do viés científico no século XIX, após a Revolução Industrial. Foi em 1897 que Durkheim publicou sua obra *O suicídio: estudo de sociologia*, marco científico que retirou o foco dos problemas individuais para os problemas sociais relativos ao fenômeno. Considera-se Durkheim como o responsável por abrir caminho para o desenvolvimento de estudos sobre o suicídio dentro das diferentes vertentes do conhecimento científico[4,25].

No século XX, começou o processo de descriminalização do suicídio em diversos países ao redor do mundo[30]. Iniciou-se também o seu entendimento como problema científico, o que gerou aumento no número de pesquisas sobre o assunto[4]. Entretanto, práticas autoritárias em relação ao manejo do suicídio (como a coerção e a segregação das pessoas que haviam tentado tirar a própria vida) se tornaram frequentes, principalmente nos contextos dos hospitais psiquiátricos[27]. O suicídio passou a ser definido como questão de saúde pela OMS na década de 1960, ainda que tenha sido apenas na década de 1990 que o órgão criou estratégias concretas para enfrentá-lo[4].

No século XXI, o suicídio é entendido pelo meio social a partir de diferentes vertentes que estão intimamente relacionadas às maneiras com que o fenômeno foi compreendido no passado. Em estudos brasileiros recentes, as representações de suicídio apresentaram associação com a religião, principalmente com a defesa de que o fenômeno se configura como pecado. Portanto, circula no meio social a ideia de que existe uma condenação divina para pessoas que tentam suicídio, juntamente com a concepção de que não existe redenção após a morte autoprovocada[31,32,24,33]. Tais representações podem suscitar sentimentos de culpa e sofrimento em quem apresenta ideação suicida, contribuindo para agravar a situação em que se encontram.

Além da condenação com base religiosa, o suicídio também é capaz de evocar julgamentos morais, sendo considerado comportamento de desistência e de covardia[34,32]. O indivíduo que tenta suicídio é representado pelo meio social como louco, ao ser associado a transtornos mentais, sem esperanças, por conta de um sofrimento intenso, e abandonado, principalmente por familiares e amigos[31,33].

No meio social há também a compreensão do suicídio como fenômeno típico da adolescência, acompanhada pela ideia de que os jovens são ingratos, preguiçosos e não valorizam as oportunidades e facilidades que foram conquistadas pelas gerações anteriores[29]. Nesse sentido, o suicídio é compreendido ao mesmo tempo como falha da sociedade, que teria criado uma geração vulnerável e enfraquecida, e como resultado da falta de esforço pessoal, por parte dos jovens. Esta concepção de que o suicídio é problema exclusivo da adolescência não condiz com os dados sociodemográficos atuais e o julgamento moral nela existente pode fazer com que os indivíduos que sofrem ideação suicida sejam considerados transgressores, não dignos de atenção e de cuidado.

Também circula no meio social a compreensão do suicídio através do paradigma médico-científico. Ainda que se conteste a ideia da depressão como causadora e precursora de tentativas de suicídio, essa associação é encontrada no discurso de diversos grupos estudados[34,31,35,36,29,37,33]. Esse discurso traz o entendimento de que é necessário tratamento médico para quem sofre de depressão e de que esta seria uma das formas de prevenir mortes por suicídio, juntamente com o amparo da família e com o fortalecimento do apoio social[38]. Tais compreensões visam diminuir a condenação social daqueles que apresentam ideação suicida, tendo em vista que a situação não estaria sob controle desses indivíduos[29].

Ainda em relação às representações de suicídio no meio social, circula o discurso de que não é possível preveni-lo[29,39]. Sendo compreendido como saída para problemas irresolúveis[40,31], se faz presente a concepção de que quem quer se suicidar encontra outras formas para atingir tal objetivo quando algum meio não lhe é acessível. Tal noção de inevitabilidade do fenômeno pode orientar ações coletivas contrárias ao estabelecimento de medidas protetivas[29]. Entretanto, diversos estudos demonstram a eficácia da criação e da implementação de diferentes formas de prevenção, assim como demonstrado nos relatórios da OMS sobre o assunto[6].

As práticas sociais comuns que tendem a relegar o suicídio apenas ao âmbito individual podem impedir que a sociedade o reconheça como questão de saúde pública. Nesse sentido, é fundamental que o tema seja abordado com responsabilidade em diferentes espaços da sociedade. Por se tratar de um tabu social, conhecer as definições, estatísticas, campos de atuação e representações do fenômeno se constitui, também, em um importante caminho de ação sobre ele.

QUADRO SÍNTESE

O suicídio é entendido como o ato deliberado de tirar a própria vida, com desfecho fatal. O comportamento suicida, por sua vez, engloba um conjunto de comportamentos, entre eles a ideação suicida, o planejamento suicida e a tentativa de suicídio. É um fenômeno que pode ser prevenido a partir de diferentes modalidades de prevenção: a prevenção universal, a prevenção seletiva e a prevenção indicada. Para além das ações de prevenção, também existem as ações de posvenção, que se definem como atos de ajuda que acontecem após o suicídio que têm o intuito de ajudar os sobreviventes a viver mais, com mais produtividade e menos estresse do que eles viveriam se não houvesse essa ajuda.

No Brasil, em 2020, calcula-se que a taxa de suicídios foi de 6,5 a cada 100.000 habitantes. No mesmo ano, a região Sul do país apresentou com o maior número relativo de óbitos por suicídio, sendo ele de 10,3 mortes. As regiões Nordeste e Sudeste apresentaram 5,6 óbitos, os números mais baixos em território nacional. O suicídio mobiliza ações na área da saúde, na educação, na assistência social, na comunicação, no direito, na segurança pública, no trabalho, entre outras tantas existentes. Por ser fenômeno multifatorial que afeta não apenas os indivíduos que o tentam, mas também suas redes de relações próximas, o suicídio como questão social é o foco de diversas iniciativas locais que visam sua prevenção.

No século XXI, o suicídio é entendido pelo meio social a partir de diferentes vertentes que estão intimamente relacionadas às maneiras com que o fenômeno foi compreendido no passado. Sendo visto a partir do viés religioso, como fenômeno típico de apenas uma faixa etária e como ato impossível de ser prevenido, o tema se configura como tabu social e é envolto em uma série de mitos. Nesse sentido, é fundamental que o assunto seja abordado com responsabilidade em diferentes espaços da sociedade. Por se tratar de um tabu, conhecer as definições, estatísticas, campos de atuação e representações do fenômeno se constitui, também, em um importante caminho de ação sobre ele.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

A TEORIA NA PRÁTICA

Ao longo de todo o capítulo, o leitor foi exposto a informações acerca dos conceitos, das estatísticas e das representações sobre o suicídio. Para além do conhecimento teórico, este conteúdo preza pela aplicação prática das ideias apresentadas. A definição dos conceitos sobre suicídio, por exemplo, é fundamental para equipes profissionais que atuam diretamente com casos de suicídio na população. Saber diferenciar a ideação suicida do

planejamento suicida, saber que ambos antecedem a tentativa de suicídio é importante para o desenvolvimento de ações preventivas. Da mesma forma, compreender as diferentes formas de prevenção e posvenção, suas características e seus respectivos públicos-alvo pode ser útil no planejamento de ações multiprofissionais de cunho preventivo.

O conhecimento das estatísticas sobre suicídio no Brasil e nas regiões brasileiras oferece um panorama geral que orienta as estratégias de intervenção a curto, médio e longo prazo. Para a gestão da saúde pública, por exemplo, essas informações serão essenciais para que as medidas a serem implementadas sejam, de fato, efetivas. Para isso, é preciso compreender as nuances e singularidades de cada local, demonstradas através das estatísticas, que poderão indicar um caminho a ser seguido no que tange às ações interventivas. O intuito é que os efeitos de tais medidas se reflitam, no futuro, em taxas de mortalidade por suicídio cada vez mais baixas.

O conteúdo sobre as representações do suicídio auxilia na compreensão da forma com que a sociedade trata o assunto. Atualmente, sabe-se que as representações de suicídio o relegam ao lugar de tabu, o que pode ser prejudicial para que a população o entenda como problema de saúde pública e para que possa se engajar na sua prevenção. Os caminhos da conscientização acerca do suicídio devem buscar compreender as imagens que o meio social possui sobre suicídio para então tentar transformá-las.

Por fim, conhecer sobre as ações de prevenção do suicídio que são desenvolvidas em diferentes campos de atuação é importante para que se saiba que a prevenção é possível e que ela não deveria se restringir apenas à área da saúde. Sendo fenômeno complexo e multifatorial, o engajamento de diferentes áreas em programas e projetos que visam a diminuição das mortes por suicídio se mostra extremamente eficaz e necessário no contexto brasileiro atual.

REFERÊNCIAS

1. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da saúde do RS. **Guia intersetorial de prevenção do comportamento suicida em crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul; 2019.

2. BAGGIO, L.; PALAZZO, L. S.; AERTS, D. R. G. C. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**. 2009;25(1):142-150.

3. BRANDALISE, V. B.; REMOR, A. P.; CARVALHO, D.; BONAMIGO, E. L. Suicídio assistido e eutanásia na perspectiva de profissionais e acadêmicos de um hospital universitário. **Revista Bioética**. 2018;26(2):217-27.

4. BOTEGA, N. J. **Crise Suicida:** avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015. 304 p.

5. GORDON, R. S. An operational classification of disease prevention. **Public Health Reports**, 1983;98(2):107-109.

6. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing Suicide**: A Global Imperative. Geneva: WHO; 2014.

7. ANDRIESSEN, K.; KRYSINSKA, K. Essential Questions on Suicide Bereavement and Postvention. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. 2011;9(1):24-32.

8. FUKUMITSU, K. O.; KOVÁCS, M. J. O luto por suicídios: uma tarefa da posvenção. **Revista Brasileira de Psicologia**. 2015;2(2):41-47.

9. SHNEIDMAN, E. S. **Deaths of Man**. New York: Quadrangle; 1973. 256 p.

10. COUTO, MSH.; OLIVEIRA, O. E.; SOUSA, J. E. P. **Suicide by Cop, Suicídio Policial e Suicídio noutra perspectiva**. João Pessoa: Ideia; 2021. 222 p.

11. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Suicide Worldwide in 2019**: World Health Estimates. Geneva: WHO; 2021.

12. PIRKIS, J. *et al*. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: An Interrupted Time-Series Analysis of Preliminar Data from 21 Countries. **The Lancet**. 2021;8(7):579-588.

13. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas de População**. Rio de janeiro: IBGE; 2021.

14. MEDRONHO, R.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**, 2ª edição. São Paulo: Atheneu; 2009. 676 p.

15. SHER, L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. **QJM**. 2020;113(10):707-712.

16. DATASUS. tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10uf.def. Acesso em: 09 agosto 2022.

17. MILNER, A.; PAGE, K.; SPENCER-THOMAS, S.; LAMOTAGNE, A. D. Workplace suicide prevention: a systematic review of published and unpublished activities. **Health Promotion International**. 2014;30(1):29-37.

18. CORTEZ, P. A.; VEIGA, H. M. S.; GOMIDE, A. P. A.; SOUZA, MVR. Suicídio no trabalho: Um estudo de revisão da literatura brasileira em psicologia. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**. 2019;19(1):523-31.

19. SPENCER-THOMAS, S.; MORTALI, M. G. **A Report of Findings to Direct the Development of National Guidelines for Workplace Suicide Prevention**: Executive Summary. Estados Unidos: Workplace Suicide Prevention; 2019. 88 p.

20. SOUSA, J. E. P. **Feminicídio seguido de suicídio praticado por profissionais da segurança pública**: análise de ocorrências veiculadas na imprensa brasileira, entre os anos de 2018 a 2021 [undergraduate thesis]. Fortaleza: Academia Estadual de Segurança Pública do Ceará; 2021. 199 p.

21. MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ [homepage na *Internet*]. **Cursos de Capacitação**. Disponível em: http://www.mpce.mp.br/projetos/vidas-preservadas/conheca-vidas-preservadas/metodologia/cursos/. Acesso em: 19 maio 2022.

22. CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO CEARÁ [homepage na *Internet*]. FIPE-Ifpe certifica internacionalmente o curso de atendimento a tentativas de suicídio do Estado do Ceará. Disponível em: https://www.bombeiros.ce.gov.br/2022/03/26/fipe-ifpe-certifica-internacionalmente-o-curso-de-atendimento-a-tentativas-de-suicidio-do-cbmce/#:~:text=FIPE%2DIFPE%20certifica%20internacionalmente%20o%20Curso%20de%20Atendimento%20a%20Tentativas%20de%20Suic%C3%ADdio,-26%20de%20mar%C3%A7o. Acesso em: 19 maio 2022.

23. BRASIL. **Lei nº 13.675, de 11 de Junho de 2018**. Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS). Sistema Único de Segurança Pública (Susp). Diário Oficial da União, 12 jun 2018.

24. LUCAS, L. S.; BONOMO, M. **"Suicídio?! E eu com isso?"**: representações sociais de suicídio em diferentes contextos de saber. São Paulo: Dialética Editora; 2022. 152 p.

25. PALLARES, P. A.; BAHLS, S. O suicídio nas civilizações: uma retomada histórica. **Revista Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**. 2003;97:84-85.

26. OLIVEIRA, F. **Suicídio na Roma antiga**. Máthesis. 1994;(3):65-93.

27. MARSH, I. **Suicide:** Foucault, History and Truth. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. 264 p.

28. MINAYO, M. C. S. Suicídio: violência auto infligida. In: **Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.** Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 205-240.

29. LUCAS, L. S.; BONOMO, M.; FLAUZINO, T. A.; ZAMBORLINI, V. V.; FERREIRA, B. A. M. **"Suicídio?! E Eu com Isso?"**: Representações Sociais de Suicídio em Comentários de Usuários do Facebook. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2021;21(1):196-216.

30. MISHARA, B. L,.; WEISSTUB, D. N. The legal status of suicide: A global review. **International Journal of Law and Psychiatry**. 2016; 44:54-74.

31. CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Representação social do suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. **Avances en Enfermería**. 2017;35(2):146-56.

32. CORNÉLIO, T. P. **Suicídio e produção de subjetividade na contemporaneidade:** uma cartografia de discursos em redes sociais [master's thesis]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2019. 171 p.

33. MEIRA, S. S.; VILELA, A. B.A.; LOPES, C. R. S.; ALVES, J. P.; PEREIRA, H. B. de B. Análise cognitiva das representações sociais de profissionais da emergência hospitalar sobre suicídio. SMAD, **Revista eletrônica saúde mental álcool drogas**. 2020;3-12.

34. CALILE, O. H. B. O.; CHATELARD, D. S. Representações sociais sobre suicídio. **Revista Família**, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social. 2021;9(2):358-71.

35. GUIMARÃES, E. A. F. **As representações sociais de profissionais de urgência e emergência sobre o suicídio infantil [master's thesis]**. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2018. 117 p.

36. HJELMELAND, H.; KNIZEK, B. L. Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power, and vested interests. **Death Studies**. 2017;41(8):481-92.

37. MAGALHÃES, L. S.; OLIVEIRA, Andrade S. M. Depressão e Comportamento Suicida: Atenção Primária em Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**. 2019;11(1):107.

38. KRAVETZ, P. L.; MADRIGAL, B. C.; JARDIM, E. R.; OLIVEIRA, E. C.; MULLER, J. G.; PRIOSTE, V. M. C. *et al*. Representações Sociais do Suicídio para adolescentes de uma Escola Pública de Curitiba, Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2021;26(4):1533-42.

39. VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L. Representações Sociais da Depressão e do Suicídio Elaboradas por Estudantes de Psicologia. Psicologia: **Ciência e Profissão**. 2008;28(4):714-727.

40. CABRAL, C. A. A. **Representações sociais do suicídio na adolescência [master's thesis].** Viseu: Instituto Politécnico de Viseu; 2015. 102 p.

CAPÍTULO 2

COMPORTAMENTO SUICIDA AO LONGO DO CICLO VITAL

CAPÍTULO 2

COMPORTAMENTO SUICIDA AO LONGO DO CICLO VITAL

Rafaela Alves Bertoncin
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Lenniara Pereira Mendes Santana
Enfermeira, Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Aline Conceição Silva
Enfermeira, Doutora pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Isadora Manfrinato Cunha
Enfermeira, Mestranda pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Laysa Fernanda Silva Pedrollo
Enfermeira Licenciada, Mestranda pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Lucas Carvalho Santana
Enfermeiro, Mestre em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Objetivo do capítulo: Apresentar, discutir e refletir as características e especificidades do comportamento suicida ao longo do ciclo vital, perpassando por aspectos presentes nas diferentes etapas de desenvolvimento do indivíduo.

O ciclo vital pode ser definido como diferentes estágios de desenvolvimento da vida humana, podendo ser subdividido em período pré-natal, infância (primeira, segunda e terceira infância), adolescência e idade adulta (adulto jovem, meia idade e terceira idade), sendo que cada etapa possui suas especificidades biológicas e psicossociais[1-3].

A literatura científica aponta algumas variações quanto à conceitualização e definição de grupos etários, especialmente para a infância e adolescência. A infância, por exemplo, pode ser considerada até os 10 anos[4], 12 anos[5] ou até 15 anos[6]. No caso da adolescência, embora os limites de 18 ou 19 anos incompletos sejam predominantes, autores têm sugerido que ela se estende até

os 24 anos[7]. Cronologicamente, conforme o Estatuto do Idoso, as pessoas idosas são aquelas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade e, segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Nações Unidas, uma pessoa é classificada como idosa a partir de 65 anos[8]. É importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para mudanças que acompanham o envelhecimento.[9]

A classificação etária é fator que marca as diversas vivências de um indivíduo, que podem estar ligadas às variações globais nas taxas registradas de mortalidade por suicídio, visto que existem diferentes demandas presentes em cada fase do ciclo vital (fatores pessoais, sociais, históricos, econômicos e sociais)[10]. As reflexões sobre essas variações impactam também a forma como pensamos o comportamento suicida ao longo do ciclo vital. O comportamento suicida é um fenômeno complexo e multifatorial, ou seja, não pode ser definido por uma única causa, mas a interação de diversos fatores de risco e proteção que vão se somando ao longo da vida de um indivíduo[11].

Dados epidemiológicos que avaliam taxas de suicídio ao longo do ciclo vital ressaltam a necessidade de olhares atentos para especificidades das diversas faixas etárias. Mundialmente, o suicídio configura-se como a quarta causa de morte na faixa etária de 15 a 19 anos. No Brasil, no último boletim epidemiológico realizado em 2021, observa-se um aumento de 81% das taxas de mortalidade por suicídio, sendo um valor de 6,4 suicídios para cada 100 mil adolescentes. Foi destacado também um aumento preocupante de mortes por suicídio em menores de 14 anos, havendo um aumento 113% nessa população[12]. Dados da OMS (2019) mostram que, em relação à população idosa, as mortes por suicídio concentram-se na faixa etária acima de 85 anos, apresentando uma taxa de 15,36 suicídios por 100 mil habitantes[13].

É importante que as ações relacionadas à promoção da saúde mental promovam melhores condições de vida e se iniciem antes do nascimento, infância, adolescência, vida adulta e continuando até a velhice. A literatura científica aponta que crianças que possuem pensamentos suicidas e que não são tratadas ainda jovens aumentam o risco de suicídio à medida que vão envelhecendo[14-15]. Com isso, agir ao longo do ciclo vital proporciona redução do risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e melhora da saúde mental[11].

COMPORTAMENTO SUICIDA NA INFÂNCIA

O suicídio infantil é um assunto pouco abordado, pois muitas pessoas acreditam que as crianças não sejam capazes de ter pensamentos suicidas, uma vez que a compreensão sobre o conceito de morte pode estar incompleta entre pessoas de 5 a 9 anos. Dados

epidemiológicos demonstram que mesmo com taxas menos expressivas, os casos de suicídio no público infantil são um alerta para a sociedade, pois as mortes em crianças são de 0,05 por 100 mil habitantes no gênero masculino e de 0,01 por 100 mil habitantes no gênero feminino[16].

As crianças tendem a ter menos verbalização explícita sobre o desejo de morrer, contudo, algumas mudanças no comportamento são importantes para identificar o sofrimento emocional infantil e também o risco de comportamento suicida, tais como isolamento, choro fácil, agressividade, tristeza, mudanças abruptas de comportamento e rendimento escolar, apatia, entre outras[10,17].

Conforme exposto anteriormente, o comportamento suicida na infância nem sempre é acompanhado por uma intencionalidade e compreensão completa e clara sobre o conceito de morte. Em alguns casos, as crianças apenas querem colocar um fim em sua dor emocional, não entendendo de fato o desfecho fatal de suas ações[18].

A interpretação da criança sobre outras situações do contexto em que vive também pode ser particularidades que influenciam nos fatores de risco para o suicídio. A criança pode, por exemplo, culpar a si mesma por situações estressantes ou violentas, o que agrava o sofrimento atrelado a tais situações. Essas interpretações precisam ser identificadas e trabalhadas.

Além disso, o comportamento suicida infantil geralmente possui comunicação suicida, planejamento e intenção mais rudimentares quando comparados ao comportamento suicida em jovens e adultos[18-20]. Isso se deve a características da própria infância: impulsividade, dificuldades na resolução de conflitos, dificuldade de diferenciação dos próprios sentimentos e sentimentos dos cuidadores, dificuldade de expressão verbal de emoções e imaturidade.

No quadro 1 apresentamos alguns fatores de risco para o suicídio identificados nessa etapa do ciclo vital.

Quadro 1: Fatores de risco para o suicídio na infância[14, 18, 21-24]

- Dificuldade de resolução de conflitos, impulsividade e imaturidade cognitiva.
- Perspectivas individuais (desesperança, culpabilização, raiva de si mesmo).
- Histórico pessoal de violência autoprovocada (autolesão não suicida, ideação e tentativas pregressas de suicídio).
- Estresse precoce (abuso físico, emocional e sexual, negligência física e emocional, maus tratos).
- Transtornos mentais.
- Questões do contexto familiar (famílias disfuncionais, histórico de suicídio, uso de substâncias psicoativas, afetos negativos).
- Questões do contexto escolar (fracasso escolar, crises disciplinares, *bullying*, desajuste social e ausência de suporte).
- Fatores relacionados às mídias sociais.
- Acesso a meios letais.

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir de estudos prévios [14, 18, 21-24].

Os fatores de proteção estão relacionados principalmente ao bem-estar emocional e senso de pertencimento (se sentir parte de algum grupo, aceito e amado) e identificação precoce de necessidade em saúde mental[22].

O sofrimento emocional em crianças é mais dificilmente detectado. É importante que, além da possibilidade de comunicação suicida, sejam consideradas mudanças de comportamentos e padrões[25]. A identificação precoce é um fator protetivo na prevenção do comportamento suicida infantil, sendo importante a conscientização social e profissional do cuidado ao sofrimento infantil e do acesso a profissionais para avaliação.

Uma avaliação profissional criteriosa pressupõe a investigação de vários indicadores de risco[10,26-27]: avaliação do estado mental da criança, existência pregressa de tentativas suicidas, histórico de autolesão não suicida, mudanças de comportamentos, estressores (problemas escolares ou familiares, perdas recentes), alterações emocionais da criança nos últimos seis meses, histórico familiar (eventos familiares e psicopatologias), representações (sentimentos e pensamentos) sobre a morte, funcionalidades do ego (regulação, adaptação, impulsividade, controle, fragmentação da realidade), estratégias de defesa (negação, reação, repressão) e características psicológicas associadas a risco suicida (como desesperança, depressão, culpa, desamparo, comunicação pobre ou ambivalente, presença de psicopatologia), alto estresse ambiental e ausência de suporte familiar e social[28-29].

A abordagem da avaliação do risco também deve considerar aspectos e características associadas ao comportamento, principalmente intencionalidade e a letalidade[30]. É importante ressaltar que cada caso é singular, sendo necessário conhecer o

contexto, o histórico, os fatores de risco e proteção e a letalidade e intencionalidade. Não há uma única forma ou parâmetro de avaliação eficaz: é preciso analisar toda a construção do próprio sujeito e suas relações com o mundo e consigo mesmo.

Também são avaliados os fatores de proteção, principalmente as habilidades de enfrentamento existentes e as capacidades da família para compreender e ajudar a criança, além da rede de apoio disponível. Em algumas circunstâncias, o primeiro acolhimento da criança não será realizado por especialistas. Entretanto, é necessária a garantia de cuidados imediatos em relação ao acolhimento e segurança até que seja realizada uma avaliação definitiva especializada em saúde mental infantil[29]. O manejo imediato do risco suicida deve abranger o acolhimento compreensivo e a segurança do ambiente e afastar potenciais meios de perpetração[19].

O seguimento continuado por meio de diferentes abordagens terapêuticas pode ser um importante diferencial para melhores resultados. Destaca-se a necessidade da adaptação do acompanhamento terapêutico às necessidades da criança[19]. A psicoeducação dos responsáveis também é importante aliada no acompanhamento. O suporte emocional para a família também é essencial, pois identificar um sofrimento em uma criança pode ser uma experiência complexa e dolorosa.

Para o acompanhamento do comportamento suicida infantil, destaca-se a importância de trabalho interdisciplinar e intersetorial, com discussão de casos e ampliação das perspectivas. Dessa forma, a rede de atenção à saúde precisa estar fortalecida e articulada a outros segmentos sociais para a prevenção do comportamento suicida, o que vai ao encontro da Lei nº 13.819 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção ao Suicídio e Automutilação.

COMPORTAMENTO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA

A OMS considera a adolescência como um período de transição entre a infância e a idade adulta e um momento fundamental para estabelecer bases saudáveis de saúde. Esse estágio do desenvolvimento é caracterizado por grandes mudanças nas esferas biológicas, psicossociais e cognitivas, afetando a interação da pessoa consigo mesma e com todos ao seu redor[31]. Por se encontrarem em um período crítico de desenvolvimento com intensas transformações, os adolescentes merecem cuidados especiais para preservação e promoção da saúde mental.

Adolescentes que vivenciam algum problema relacionado à saúde mental são grupos mais vulneráveis ao preconceito e discriminação, além de sofrerem dificuldades em seus estudos, dificuldade na busca e acesso por saúde e violação de direitos humanos31-32.

Estudos têm demonstrado preocupações com a manifestação, cada vez mais precoce, do comportamento suicida na adolescência33, podendo ser ou não manifestado de forma espontânea[26,30].

O quadro 2 apresenta alguns fatores de risco para o suicídio e autolesão identificados nesta fase do ciclo vital.

Quadro 2: Fatores de risco para o suicídio e autolesão na adolescência[12, 31-32]

- Depressão, ansiedade e outros transtornos psiquiátricos.
- Uso prejudicial de substâncias psicoativas.
- Exposição a traumas e abusos físicos e psicológicos.
- Violência, discriminação, estigma.
- Barreiras de acesso à saúde.
- Acesso a meios letais.
- Desesperança e tristeza.
- Ausência de suporte social e emocional.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de estudos prévios[12, 31-32].

Os fatores de proteção para a saúde mental na adolescência incluem possuir um bom relacionamento familiar, ter apoio e suporte emocional e social, vínculos positivos de amizade, boa autoestima, engajamento na comunidade (atividades significativas), bom desempenho escolar, esperança, resiliência, habilidades de enfrentamento adaptativas e manejo de emoções[32, 34-35]. É fundamental que sejam atendidas as necessidades relacionadas à saúde mental dos adolescentes e que as estratégias de prevenção e promoção da saúde mental incluam regulação emocional, alternativas aos comportamentos de risco, fortalecimento dos fatores de proteção e diminuição dos fatores de risco[32].

A avaliação de risco pelo profissional de saúde é importante para a identificação de pensamentos, ações e planos relacionados ao comportamento suicida. Durante a avaliação, o profissional de saúde pode investigar sinais de alerta, fatores de risco e proteção, rede de apoio disponível, transtornos psiquiátricos e outras condições de saúde, permitindo uma melhor compreensão acerca das necessidades do adolescente e, assim, atuar no gerenciamento do risco e intervenção[31].

Destaca-se que a adolescência é um período de transformações, experiências intensas, amadurecimento de habilidades de regulação emocional e enfrentamento, o que pode dificultar o reconhecimento e manejo de alguns sofrimentos[36].

O sofrimento emocional na adolescência também pode estar relacionado a

dificuldades ligadas à orientação sexual e de gênero, baixa autoestima, isolamento social, exposição a traumas, *bullying*, perdas importantes, sensação de abandono, violências, falta de suporte social, dificuldades na escola e de aprendizado, entre outros[37].

Durante a avaliação de risco é importante considerar e investigar os fatores de risco supracitados e observar alterações no comportamento e outros sinais de alerta, como[38]:

- Mudanças significativas de humor (como irritabilidade e melancolia).
- Expressão de sentimentos de desesperança, sentimentos de inutilidade e menos valia (como sentir-se um fardo para família e amigos), sofrimento emocional agudo, não perceber razões para viver ou propósito de vida.
- Comportamentos de risco e impulsividade.
- Aumento da ingestão de álcool e drogas.
- Alterações no sono (dormindo muito ou não conseguindo dormir) e alterações alimentares.
- Isolamento da família e amigos e perda de interesse por atividades que antes gostava.
- Expressar desejo de morrer, falar sobre suicídio ou autolesão, ter planos e pensamentos relacionados ao suicídio[38].

Embora alguns dos sinais de alerta possam ser inespecíficos, eles revelam a necessidade de uma escuta mais atenta e acolhedora para melhor avaliação da situação. O profissional de saúde deve investigar mais detalhadamente sobre a ideação suicida a fim de compreender o risco e a necessidade de ação imediata, podendo perguntar diretamente ao adolescente se já pensou ou tentou suicídio, se já realizou alguma ação para machucar-se de propósito e se possui planos e meios para realização de tal ação[38].

COMPORTAMENTO SUICIDA NO ADULTO

Dados da OMS mostram uma taxa mundial de suicídio de 9/100 mil habitantes no ano de 2019, tornando-se a 15ª causa de morte e a segunda principal entre jovens de 15 a 29 anos. No Brasil, nesse mesmo ano, o coeficiente de mortalidade por suicídio foi de 6,41/100 mil habitantes e, ao considerar a população adulta (25 a 64 anos de idade), foi de 8,59/100 mil habitantes[13]. Um estudo ecológico de séries temporais revelou um coeficiente geral de 6,36 óbitos por suicídio por 100 mil habitantes, além de verificar uma tendência crescente das taxas de mortalidade por suicídio em adultos jovens (20 a 29 anos) no Brasil entre os anos de 1997 e 2019[39].

Ainda em relação aos óbitos por suicídio na população adulta, observa-se o predomínio do gênero masculino e com idade até 40 anos[40], em diferentes estudos[41-42].

Uma possível justificativa para tal achado é a de que esse grupo esteja mais vulnerável ao desemprego e ao modelo capitalista de produção, o que gera o estresse econômico e a instabilidade familiar[41].

É importante considerar os diversos estressores e os papéis sociais que o adulto exerce. Neste aspecto, tem sido identificada uma nova fase desenvolvimental denominada adultez emergente, na qual alguns papéis típicos da adolescência têm se prolongado, postergando a assunção de papéis adultos como o casamento, a independência financeira dos pais e a constituição de uma família[43]. No quadro 3 são apresentados fatores de risco associados ao suicídio na fase adulta.

Quadro 3: Fatores de risco para o suicídio no adulto[44-45].

- Desesperança, sentimentos de inutilidade, culpa, raiva de si mesmo.
- Sofrimento emocional insuportável.
- Transtornos mentais e uso de drogas.
- Solidão e ausência de suporte social.
- Doença muito grave, incurável ou incapacitante.
- Violência física, emocional ou sexual.
- Acessibilidade a meios letais.
- Exposição ao suicídio.
- Impulsividade e agressividade.
- Tentativas prévias de suicídio.
- Minoria sexual ou étnica.
- Histórico familiar, estigma.
- Falta de acesso a cuidados de saúde.
- Acontecimentos estressores e falta de sentido ou propósito.
- Vulnerabilidade financeira e social.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de estudos prévios[44-45].

Quanto aos fatores de proteção, pode-se destacar os relacionados à autoestima (crenças sobre o próprio valor como pessoa) e autoeficácia (crença que a pessoa possui na sua capacidade de resolução de problemas)[44].

Ao avaliar o risco do comportamento suicida no adulto é necessário analisar indícios sobre a gravidade do comportamento suicida atual, dor emocional, impulsividade, desesperança, ideação suicida (frequência, intensidade, estado atual), plano suicida (determinação, método(s), exequibilidade, acesso, período, precauções, temporalidade), expectativas relacionadas e significado do comportamento suicida, falta de sentido, fracasso,

estressores recentes, autodepreciação (baixa autoestima, raiva de si mesmo, frustração, culpa), sintomas psicóticos, entre outros. Atitudes como não duvidar, desqualificar ou minimizar o relato de desejo de morte auxiliam na comunicação e verbalização do pedido de ajuda[45]. Ao questionar sobre pensamentos ou ideias suicidas, o profissional da saúde deve proporcionar um ambiente reservado e estar disponível para escuta empática e sem julgamentos.

Os profissionais da saúde, principalmente lotados na atenção primária, podem favorecer um vínculo permanente com a comunidade, favorecendo assim a identificação de problemas, bem como os acompanhamentos dos casos de risco para o suicídio[42].

COMPORTAMENTO SUICIDA NO IDOSO

A população mundial está em processo de envelhecimento decorrente de interações dinâmicas das taxas de fecundidade e natalidade, além do aumento da expectativa de vida. Os níveis baixos de fertilidade combinados com maior longevidade contribuem para o cenário de envelhecimento populacional[46].

A velhice é uma fase do ciclo da vida com mudanças biopsicossociais, como perda da autonomia, dependência de terceiros nas atividades de vida diária, mudanças na dinâmica e renda familiar, aposentadoria e perda de pessoas importantes, que podem gerar sentimentos de profunda tristeza e perdas. Uma vida mais longa pode trazer experiências como: mais tempo para relacionar-se com familiares e amigos, conquistas prazerosas e engajamento em novas aventuras. Tal vivência positiva do envelhecimento depende da possibilidade de ser vivenciada com qualidade de vida e saúde[47].

O comportamento suicida no idoso recebe menos atenção do que de pessoas mais jovens em diferentes esferas da sociedade, mídias e iniciativas de saúde[48]. Tal situação é cercada de estereótipos negativos relacionados à idade avançada e a proximidade com a morte. O suicídio não é uma resposta normativa aos desafios do envelhecimento; esforços de prevenção do suicídio podem reduzir o sofrimento e prevenir mortes entre os idosos[48].

No ambiente familiar e nos serviços que atendem esta população, existe uma falta de conhecimento sobre o processo que leva à morte por suicídio, geralmente cercada de tabu, preconceitos e silêncios[49], somados à questão de que são frequentemente vítimas de menosprezo, desatenção, impaciência, desconsideração de sua fala e isolamento social[49].

Diante dessas características, os idosos são considerados o grupo populacional de maior risco para o suicídio em todo o mundo[47,50,51]. De modo geral, são propensos a ter tentativas de suicídio mais letais, quando comparados às pessoas mais jovens[51]. O quadro 4, apresentado a seguir, lista os fatores de risco o para o suicídio no idoso.

Quadro 4: Fatores de risco para o suicídio no idoso[50-52].

- Transtornos mentais.
- Gênero masculino.
- Incapacidades que prejudiquem a autonomia.
- Rigidez de personalidade.
- Solidão e isolamento social.
- Saúde física precária.
- Fatores estressores como o luto, problemas financeiros e familiares.
- Mudanças abruptas no ambiente social (mudanças sociais e culturais, falta de apoio social).
- Crenças religiosas conflitantes.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de estudos prévios[50-52].

Os fatores protetores envolvem a promoção do ambiente saudável para o idoso; apoio social e familiar; autonomia, espiritualidade, esperança e abertura a novas experiências, relacionamentos satisfatórios, conexões com a comunidade; acolhimento e escuta dos profissionais de saúde[51].

Iniciativa global da OMS, declarada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em dezembro de 2020, lança a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030), que envolve ações de colaboração durante dez anos para pessoas idosas8. Organizações políticas, sociedade civil, agências internacionais, profissionais, academia, mídia e setor privado juntos com o objetivo de melhorar a vida dos idosos, de suas famílias e comunidades[8].

Saiba mais sobre a Década do Envelhecimento Saudável em:
https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing

As ações direcionadas à promoção do envelhecimento saudável e bem-estar dos idosos enfatizam a necessidade de atuação em vários setores e permitem com que eles continuem sendo importantes e valorizados por suas famílias, comunidades e economia[8]. A promoção de melhores condições de vida, de saúde mental e sentimento de pertencimento favorece uma melhor qualidade de vida, reduzindo assim os riscos para o comportamento suicida.

O profissional de saúde deve saber que, na avaliação de risco, é necessário considerar múltiplos fatores, bem como a experiência de vida do idoso. A identificação dos indivíduos em risco pode ser alvo de intervenção antes de atentarem contra a própria vida[50], já que essa população planeja mais o suicídio e tem tentativas mais letais (pelo método utilizado, saúde física mais debilitada ou falta de suporte social para identificação

e busca por cuidados em saúde).

Durante a avaliação de risco é necessário observar alterações de comportamento como: mudanças repentinas de humor; frases que verbalizam desesperança, falta de sentido ou razão para viver, limitar o acesso aos meios violentos como armas de fogo e medicamentos[45]. A exposição do sofrimento emocional ou de potenciais riscos podem ser evidenciados em uma consulta clínica ou no domicílio do idoso, através da promoção de um ambiente acolhedor e da escuta empática. Dessa maneira, profissionais treinados e sensíveis para reconhecer fatores de risco são agentes importantes na prevenção do suicídio.

Abordagem multidisciplinar envolvendo a comunidade, como intervenções iniciais de triagem, encaminhamento para profissionais de saúde mental, acompanhamentos e intervenções de telessaúde são recursos que podem ser utilizados na identificação e prevenção do suicídio no idoso[51].

LUTO E POSVENÇÃO NAS DIFERENTES FASES DO CICLO VITAL

Infância

Mesmo sabendo que a morte faz parte do ciclo vital e que estará presente direta e indiretamente na vida de todos, ainda se faz necessário o diálogo para educação sobre ela. As dificuldades aumentam ao se pensar sobre o assunto na infância, pois socialmente as crianças nem sempre são inseridas nos rituais (velório, sepultamento) e diálogos sobre a morte.

Estudo sobre a temática53 destaca o papel da educação para morte desde a infância, colaborando no processo de compreensão de perdas vivenciadas ao longo da vida. Aponta para a dificuldade que os adultos possuem em abordar o assunto com crianças e a relação ao medo de não saber agir frente às possíveis reações. A proteção que se pensa oferecer quando não se conversa sobre morte com crianças possui repercussão na infância, quando a criança não identifica pessoas com que possa conversar sobre suas percepções, e ao longo de toda a vida[53].

A vivência do luto depende de vários fatores, tais como relação com a pessoa que morreu, causa e circunstâncias da perda, como a perda foi informada à criança, oportunidades oferecidas para compreender e verbalizar o que sente e relações familiares. Destaca-se a vulnerabilidade de crianças ao atingir maturidade cognitiva para compreensão da morte e ausência de recursos para lidar com ela, podendo ser revivida por vários momentos durante a vida adulta. Autores apontam três fases do luto infantil[53] :

1. Protesto (a criança não acredita que a pessoa morreu e busca por ela).
2. Desespero e desorganização da personalidade (a criança começa a entender que a pessoa amada morreu e sua esperança de sua satisfação esmorece, se torna retraída, mas não esquece a pessoa que morreu).
3. Esperança (a criança começa a buscar novas relações e a organizar a vida sem a pessoa que morreu).

Ao abordar a morte, destaca-se a necessidade de[53,54].

- Falar aberta e diretamente com a linguagem adequada ao período de desenvolvimento da criança, de modo a evitar o uso de metáforas[53].
- Estar disponível para perguntas e motivar a verbalização de pensamentos e sentimentos relacionados a perda.
- Escutar as interpretações da criança e fornecer suporte para vivência do luto.
- Trabalhar possibilidades de lidar com a perda e relembrar momentos e história do ente querido que morreu para que a lembrança não fique retida ao sofrimento da perda.
- Lembrar que a família também está fragilizada nesse momento, sendo necessário estender o cuidado ao núcleo familiar.
- Realizar trabalho multidisciplinar, destacando o papel da psicologia na elaboração do luto.
- Educar a criança sobre o enfrentamento de situações que envolvem perdas (brinquedos, morte de animais de estimação) e sentimentos[53,54].

Característica principal da posvenção é dar suporte à vivência do luto após uma morte por suicídio, compreendendo que o luto é singular e que depende de características intrínsecas e extrínsecas de cada ser humano. No luto por suicídio, a pessoa vivencia diversos sentimentos, e auxiliar a criança a identificar o que está sentindo é primordial. É importante elaborar formas para elucidar que o comportamento suicida é associado a grande sofrimento, depressão (se for o caso) e não ausência de amor ou afeto à criança, além de ponderar a inexistência de culpa da criança no acontecido[55,56].

Saiba mais sobre estratégias para conversar sobre o suicídio com crianças em **Estratégias para prevenção do suicídio em crianças**. Acesse: ttps://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-*e-books*/estrategias-para-a-prevencao-do-suicidio-em-criancas/

Adolescência

Assim como na infância, o diálogo sobre questões que envolvem os processos de morte são fundamentais nas abordagens junto aos adolescentes, especialmente em

situações que envolvem o suicídio. Por se tratar de um período de desenvolvimento com mudanças significativas, a vivência do luto na adolescência se atrela e se modula pelas construções de identidade do indivíduo, de forma individual e no coletivo. Assim, a perda precisa ser trabalhada considerando, principalmente, qual o conhecimento é compartilhado sobre a morte e também sobre o suicídio junto a esse adolescente, de modo a se ofertar espaços seguros para expressão de seus sentimentos e sensações frente a esse processo, especialmente se considerarmos todo tabu e estigma social presente em discussões que envolvem o suicídio[57].

No caso de mortes por suicídio, a posvenção caminha no sentido de oferecer subsídios para o fortalecimento de aspectos protetivos após a perda, em um período crucial para a formação do adolescente para a vida[58]. A avaliação de fatores de risco, da presença de efeitos de contágio e imitativos, bem como do reforço da necessidade de expressão do luto precisam ser destaques nas abordagens junto aos jovens, por meio de acolhimento, escuta e diálogo sem julgamentos[58]. Esse aspecto se reforça uma vez que estudos mencionam que a vivência de processos de luto na adolescência podem se relacionar com aspectos de vulnerabilidade e solidão, associadas também a sentimentos negativos, dificuldades de obtenção de autonomia, independência de desenvolvimento nos processos inerentes a essa fase do ciclo vital[57, 59].

Adulto e Idoso

A vivência de uma perda por uma morte por suicídio pode afetar o indivíduo de diversas formas, mesmo na fase adulta ou idosa. O processo de luto não se estabelece de forma linear, sendo assim, é possível que o enlutado tran*site* entre momentos, sensações e sentimentos que precisam ser expressados e acolhidos para uma vivência mais adaptativa da perda[60]. Alguns aspectos podem impactar o processo de luto, dentre eles a identidade e papel da pessoa perdida, idade e sexo do enlutado, as causas e circunstâncias da perda, aspectos sociais, psicológicos e a personalidade do enlutado, questões essas que se mostram de forma mais concreta na vida adulta.

Assim, a posvenção se faz presente nesse processo de forma a ofertar ações, estratégias, intervenções e cuidados, a curto, médio e longo prazo, que se direcionam ao enlutado por suicídio, reconhecendo os aspectos que se fazem presentes em um processo de luto que se difere de outras mortes. Nesse sentido, busca-se a oferta de cuidados que evitem banalizações ou pré-julgamentos, desde o processo de acolhimento[60-61]. Dentre ações centrais estão a colaboração na compreensão e aceitação da perda, acolhimento e manejo da dor emocional, adequações de vida e futuro frente à perda, fortalecimento da rede de apoio, aprender ou se reaproximar de vivências relacionadas à perda (contar sobre

a perda, abordar o nome do ente querido que morreu por suicídio, vivenciar lembranças e memórias)[61].

Saiba mais sobre as questões que envolvem a posvenção no capítulo 8 deste e-book!
Conheça também a cartilha educativa *Lidando com o Luto por Suicídio*. Acesse:
https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-*e-books*/lidando-com-o-luto/

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo trouxe a discussão e reflexão das especificidades do comportamento suicida ao longo do ciclo vital, identificando aspectos presentes nas etapas do desenvolvimento do indivíduo. O objetivo não foi esgotar o assunto, mas levantar reflexões e características dos fatores de risco e de proteção com a finalidade de informar aos profissionais da saúde sobre o assunto.

Conhecer e identificar os fatores de risco e as especificidades do comportamento suicida em cada ciclo vital colabora para a prática profissional, nos diferentes níveis de atenção à saúde, e favorece a prevenção do suicídio.

QUADRO SÍNTESE

	Fatores de Risco	Fatores de Proteção	Avaliação de risco	Importante!
Infância	Aspectos inerentes a infância, características pessoais, histórico pessoal de violência autoprovocada, eventos adversos, transtornos mentais, questões do contexto familiar, histórico de suicídio, uso de substâncias psicoativas, afetos negativos e escolar, além da influência das mídias sociais e acesso a meios letais.	Bem-estar emocional, senso de pertencimento, habilidades de enfrentamento, identificação precoce de necessidade em saúde mental, reconhecimento de conquistas, conexão e relações saudáveis com a família.	Considerar aspectos e características associadas à intencionalidade e à letalidade, sensação de desesperança, dificuldade em controle dos impulsos, sensação de desamparo, culpa, comunicação pobre ou ambivalente, presença de psicopatologia, alto estresse ambiental e ausência de suporte familiar e social.	O manejo do risco suicida deve abranger estados agudos de quadros mentais, gerenciar o risco suicida e promover rede de apoio e restrição a meios de perpetração. É importante promover o cuidado continuado para a criança e o familiar

Adolescência	Uso e abuso de substâncias psicoativas, exposição a traumas e abusos físicos e psicológicos, estigma, barreiras de acesso à saúde, acesso a meios letais para o suicídio, desesperança e tristeza, transtorno psiquiátrico prévio, falta de suporte social e emocional, exposição à violência e discriminação, entre outros.	Possuir um bom relacionamento familiar, ter apoio e suporte emocional e social, vínculos positivos de amizade, possuir boa autoestima, engajamento na comunidade (atividades significativas), bom desempenho escolar, esperança e resiliência para o futuro, aprender habilidades de enfrentamento e manejo de emoções.	O profissional de saúde pode investigar sinais de alerta, fatores de risco e proteção, transtorno psiquiátrico prévio, rede de apoio disponível e outras condições de saúde. Pode ser necessário perguntar diretamente ao adolescente se já pensou ou tentou suicídio, se já realizou alguma ação para se machucar de propósito e se possui planos e meios para realização de tal ação.	É fundamental que sejam atendidas as necessidades relacionadas à saúde mental dos adolescentes e que as estratégias de prevenção e promoção da saúde mental positiva nessa faixa etária incluam regulação de emoções, alternativas aos comportamentos de risco, construção de esperança e resiliência, fortalecimento dos fatores de proteção e diminuição dos fatores de risco.
Adulto	Dor emocional, impulsividade, desesperança, ideação suicida (frequência, intensidade, estado atual), plano suicida (determinação, método(s), exequibilidade, acesso, período, precauções, temporalidade), expectativas relacionadas e significado do comportamento suicida, falta de sentido, fracasso, estressores recentes, autodepreciação (baixa autoestima, raiva de si mesmo, frustração, culpa), sintomas psicóticos, vulnerabilidade financeira e social.	Fatores relacionados à autoestima (crenças sobre o próprio valor como pessoa) e autoeficácia (crença que a pessoa possui na sua capacidade de resolução de problemas).	O profissional da saúde deve proporcionar um ambiente reservado e estar disponível para escuta empática e sem julgamentos. Mudanças de comportamento, como isolamento afetivo, sentimento de desamparo e desesperança, desvalorização pessoal, aquisição de meios para a morte por suicídio e solidão são sinais de alerta que devem ser considerados.	Profissionais de saúde formam um vínculo permanente com a comunidade, favorecendo assim a identificação de problemas, bem como os acompanhamentos dos casos de risco para o suicídio. Atitudes como não duvidar, desqualificar ou minimizar o relato de desejo de morte auxiliam na comunicação e verbalização do pedido de ajuda.

Idoso	Transtornos mentais, gênero masculino, métodos empregados para automutilação (principalmente envenenamento), uso de psicofármacos, fatores psicológicos, incapacidades que prejudiquem a autonomia, rigidez de personalidade, solidão e isolamento social, saúde física precária, fatores estressores como o luto, morar sozinho, problemas financeiros e familiares.	Ambiente saudável para o idoso; apoio social e familiar; conexões com a comunidade; acolhimento e escuta dos profissionais de saúde.	Observar alterações de comportamento como: mudanças repentinas de humor; frases que verbalizam desesperança, falta de sentido ou razão para viver, limitar o acesso aos meios violentos como armas de fogo e medicamentos.	Abordagem multidisciplinar envolvendo a comunidade, como intervenções iniciais de triagem, encaminhamento para profissionais de saúde mental, acompanhamentos e intervenções de telessaúde são recursos que podem ser utilizados na identificação e prevenção do suicídio no idoso, bem como a restrição a métodos letais.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

REFERÊNCIAS

1. OLIVEIRA, M. K. Ciclos de vida: algumas questões sobre a psicologia do adulto. **Educação e Pesquisa**. 2004; 30 (2):211-29. Doi: 10.1590/S1517-97022004000200002.

2. ARAUJO, W. R. M.; SANTOS, I. S.; MENEZES FILHO, N. A.; SOUZA, M. T. C. C.; CUNHA, A. J. L. A.; MATIJASEVICH, A. Brazilian cohorts with potential for life-course studies: a scoping review. **Revista de Saúde Pública.** 2020; 54:48. Doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001825.

3. SCHLÖSSER, A; ROSA, G. F. C.; MORE, C. L. O. O. Revisão: Comportamento suicida ao longo do Ciclo Vital. **Temas psicol.** 2014; 22 (1):133-145. Doi: 10.9788/TP2014.1-11.

4. BRASIL. **Lei 8069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 15 jul. 2022.

5. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Child Health**. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/child-health#tab=tab_1 Acesso em: 11 agosto 2022.

6. UNITED NATIONS (ONU). **Department of Economic and Social Affairs**. World Population Monitoring. [*Internet*]. New York, 2012. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/pd/*site*s/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Feb/un_2012_worldpopulationmonitoring_concisereport.pdf Acesso em: 11 agosto 2022.

7. SAWYER, S. M.; AZZOPARDI, P. S.;WICKREMARATHNE, D.; PATTON, G. C. The age of adolescence. **Lancet Child Adolesc Health**. 2018; 2 (3):223-228. Doi: 10.1016/S2352-4642(18)30022-1.

8. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **UN Decade of Healthy Ageing.** [*Internet*]. Geneva, 2020. Disponível em: https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing. Acesso em: 11 agosto 2022.

9. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

Acesso em: 11 agosto 2022.

10. SOUSA, G. S.; SANTOS, M.; SILVA, A. T. P.; PERRELLI, J. G. A.; SOUGEY, E. B. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. **Cien. Saúde Colet.** 2017;22(9): 3099-3110.

11. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation.** Social determinants of mental health. Geneva, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf Acesso em: 11 agosto 2022.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. **Boletim Epidemiológico**. 2021;52(33). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em:11 agosto 2022.

13. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The global health observatory**. Suicide data. [*Internet*]. Geneva, 2022. Disponível em: https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates. Acesso em: 11 agosto 2022.

14. WHALEN, D. J.; LUBY, J. L.; BARCH, D. M. Highlighting risk of suicide from a developmental perspective. **Clinical Psychology Science and Practice.** 2017; 25:e12229. Doi: 10.1111/cpsp.12229.

15. GRAY, D.; COON, H.; McGLADE, E.; CALLOR, W. B.; BYRD, J; VISKOCHIL, J.; BAKIAN, A.; YURGELUN-TODD, D.; GREY, T.; McMAHON, W. M. Comparative analysis of suicide, accidental, and undetermined cause of death classification. **Suicide Life Threat Behav**. 2014 Jun;44(3):304-16. Doi: 10.1111/sltb.12079.

16. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/. Acesso em: 18 agosto 2022.

17. SEMINOTTI, E. P. **Suicídio infantil: reflexões sobre o cuidado médico**. Psicologia.pt [*Internet*]. 2011. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0571.pdf Acesso em: 11 agosto 2022.

18. CENTERS for Disease Control and Prevention. Leading causes of death. Disponível em: https://www.cdc.gov/nchs/fastats/leading-causes-of-death.htm. Acesso em: 11 agosto 2022.

19. SHAFFER, D. The epidemiology of teen suicide: an examination of risk factors. **J Clin Psychiatry.** 1988; 49 (Suppl):36–41. Cited: PMID: 3047106.

20. BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatry. 2006; 47 (3–4):372–94. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x

21. SCHOOL Mental Health Ontario. **About student mental health**. Disponível em: https://smho-smso.ca/about-student-mental-health/. Acesso em:11 agosto 2022.

22. DERVIC, K.; BRENT, D. A.; OQUENDO, M. A. Completed suicide in childhood. **Psychiatr Clin North Am**. 2008 Jun;31(2):271-91. Doi: 10.1016/j.psc.2008.01.006.

23. LIU, X. C.; CHEN, H.; LIU, Z. Z.; WANG, J. Y.; JIA, C.X. Prevalence of suicidal behaviour and associated factors in a large sample of Chinese adolescents. **Epidemiol Psychiatr Sci**. 2019;28(3):280-289. Doi: 10.1017/S2045796017000488.

24. SACHS-ERICSSON, N. J.; SHEFFLER, J. L.; STANLEY, I. H.; PIAZZA, J. R.; PREACHER, K. J. When Emotional Pain Becomes Physical: Adverse Childhood Experiences, Pain, and the Role of Mood and Anxiety Disorders. **J Clin Psychol.** 2017 Oct;73(10):1403-1428. Doi: 10.1002/jclp.22444.

25. WASEEM, M.; DIAZ-GUERRERO, R. J.; COSME, R.; AIN, Y.; LEBER, M.; GERBER, L. M. Do all children with suicidal ideation receive a significant psychiatric intervention? **Pediatr Int.** 2015 Jun; 57(3):381-4. Doi: 10.1111/ped.12527.

26. TIROLLA, R. M.; GIROTTO, E.; GUIDONI, C. M. Análise clínica e epidemiológica das tentativas de suicídio em crianças atendidas em um centro de informação e assistência toxicológica. **Rev Paul Pediatr.** 2021;39:e2019345.

27. KUCZYNSKI, E. Suicídio na infância e adolescência. **Psicologia USP**. 2014;25(3):246-252. Doi: https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140005.

28. PFEFFER, C. R.; ZUCKERMAN, S.; PLUTCHIK, R.; MIZRUCHI, M. S. Suicidal behavior in normal school children: a comparison with child psychiatric inpatients. **J Am Acad Child Psychiatry.** 1984 Jul;23(4):416-23. Doi: 10.1016/s0002-7138(09)60319-8.

29. MANNING, J. C.; WALKER, G. M.; CARTER T., et al. Children and Young **People-Mental Health Safety Assessment Tool (CYP-MH SAT) study:** Protocol for the development and psychometric evaluation of an assessment tool to identify immediate risk of self-harm and suicide in children and young people (10– 19 years) in acute paediatric hospital settings. BMJ Open 2018;8:e020964. Doi:10.1136/bmjopen-2017-020964.

30. SCIVOLETTO, S.; BOARATI, M. A.; TURKIEWICZ, G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** 2010; 32(2):112-120. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbp/a/PqTX5mcNqHVqmSqyzrMf7hB/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 11 agosto 2022.

31. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Adolescent health. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1 Acesso em: 11 agosto 2022.

32. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Adolescent mental health. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health Acesso em: 11 agosto 2022.

33. ADRIAN, M.; MILLER, A. B.; McCAULEY, E.; VANDER STOEP, A. Suicidal ideation in early to middle adolescence: sex-specific trajectories and predictors. **Journal of Child Psychology and Psychiatry** [*Internet*]. 27 nov 2015;57(5):645-53. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jcpp.12484 Acesso em: 30 maio 2022.

34. ARMSTRONG, L. L.; MANION, I. G. Meaningful youth engagement as a protective factor for youth suicidal ideation. **Journal of Research on Adolescence**. 2013; 25 (1):20–27. Doi: 10.1111/jora.12098.

35. SHAHRAM, S.; SMITH, M. L.; BEN-DAVID, S.; FEDDERSEN, M.; KEMP, T.; PLAMONDON, K. Promoting “zest for life”: a systematic literature review of resiliency factors to prevent youth suicide. **Journal of Research on Adolescence**. 2021; 31 (1):4–24. Doi: 10.1111/jora.12588.

36. BENNETT, K.; RHODES, A. E.; DUDA, S.; CHEUNG, A. H.; MANASSIS, K.; *Links*, P. et al. A youth suicide prevention plan for Canada: a systematic review of reviews. **Canadian Journal of Psychiatry.** 2015; 60 (6):245-257. Doi: 10.1177/070674371506000603.

37. BRAGA, L. D.; DELL’AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero.

Contextos Clínicos. 2013; 6 (1):2-14. Doi: 10.4013/ctc.2013.61.01.

38. DILILLO, D.; MAURI, S.; MANTEGAZZA, C.; FABIANO, V.; MAMELI, C.; ZUCCOTTI, G. V. Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. **Italian Journal of Pediatrics**. 2015; 41 (1):49. Doi: 10.1186/s13052-015-0153-3.

39. ARRUDA, V. L.; FREITAS, B. H. B. M.; MARCON, S. R.; FERNANDES, F. Y.; LIMA, N. V. P.; BORTOLINI, J. Suicídio em adultos jovens brasileiros: série temporal de 1997 a 2019. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2021; (26): 2699-2708. Doi: 10.1590/1413-81232021267.08502021.

40. PEREIRA, R. G.; CONCEIÇÃO, B. B.; DAMASCENO, Y. L. S, OLIVEIRA, G. R. C.; CARDOSO, R. M.; MEDEIROS, J. M., et al. Análise do perfil do paciente suicida: revisão integrativa. **REAS**. 2019; (25):e607. Doi: 10.25248/reas.e607.

41. MATA, K. C. R.; DALTRO, M. R.; PONDE, M. P. Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. Revista Psicologia, **Diversidade e Saúde**. 2021; 9 (1):74-87. Doi: 10.17267/2317-3394rpds.v9i1.2842.

42. RIBEIRO, N. M.; CASTRO, S. S.; SCATENA, L. M.; HASS, V. J. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto & Contexto – Enfermagem.** 2018; 27 (2):e2110016. Doi: 10.1590/0104-070720180002110016.

43. ARNETT, J. Emerging adulthood(s): The cultural psychology of a new life stage. In: **Bridging Cultural and Developmental Approaches to Psychology**: New Synthesis in Theory, Research, and Policy. New York: Oxford University Press; 2011. p. 255-275.

44. PEREIRA, A. S.; WILLHELM, A. R.; KOLLER, S. H.; ALMEIDA, R. M. M. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2018; 23 (1):3767-3777. Doi: 10.1590/1413-812320182311.29112016.

45. BRASIL. Ministério da Saúde. **Suicídio na pandemia COVID-19.** 2020. Disponível em: https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/cartilha_prevencaosuicidio.pdf. Acesso em: 11 agosto 2022.

46. UNITED NATIONS (ONU). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects:** the 2019 revision. New York, 2019. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-2019-highlights.html. Acesso em: 11 agosto 2022.

47. SANTOS, M. C. L.; GIUSTI, B. B.; YAMAMOTO C. A.; CIOSAK, S. I.; SZYLIT, R. Suicídio em idosos: um estudo epidemiológico. **Rev Esc Enferm** USP. 2021; 55:e03694. Doi: 10.1590/S1980-220X2019026603694.

48. ORDEN, K. V.; DEMING, C. Late-life suicide prevention strategies: current status and future directions. **Curr Opin Psychol.** 2018; 22:79-83. Doi: 10.1016/j.copsyc.2017.08.033.

49. GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S.; SOUSA, A. B. L.; GRUBITS, S. Pessoas idosas tentam suicídio para chamar atenção? **Saúde Soc.** 2020; 29 (4):e190659. doi: 10.1590/S0104-12902020190659.

50. BEGHI, M.; BUTERA, E.; CERRI, C. G.; CORNAGGIA, C. M.; FEBBO, F.; MOLLICA, A. et al. Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. **Neurosci Biobehav Rev.** 2021; 127:193-211. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.04.011.

51. BOOKS, S. E.; BURRUSS, S. K.; MUKHERJEE, K. Suicide in the Elderly: A multidisciplinary approach to prevention. **Clin Geriatr Med**. 2019; 35 (1): 133-145. Doi: 10.1016/j.cger.2018.08.012.

52. LYNDON, N.; AZMAN, H.; ROSE, R. A. C.; JALI, M. F. M. Sociological narrative of suicidal behavior among older people. **Clin Interv Aging**. 2021; 16:1379-92. Doi: 10.2147/CIA.S310405.

53. PAIVA, L. E. **A arte de falar da morte para crianças**: A literatura infantil como recurso para abordar a morte com crianças e educadores. São Paulo: Editora Ideias & Letras, 2011.

54. CARVALHO, E. C.; CARVALHO, L. V. Infância, perda e educação: diálogos possíveis. **Psicol. pesq.,** 2019;13(3):73-92. Doi: http://dx.doi.org/10.34019/1982-1247.2019.v13.26229.

55. FUKUMITSU, K. O.; KÓVACS, M. J. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. **Psico**. 2016; 47 (1):1-3. Doi: 10.15448/1980- 8623.2016.1.19651.

56. KOVÁCS, M. J. Perdas e o processo de luto. In: D. Incontri & F. S. Santos (Eds.). **A arte de morrer.** Visões plurais (pp. 217-238). São Paulo: Comenius. 2007.

57. PERUZZO, A. S.; JUNG, B. M. G.; SOARES, T.; SCARPARO, H. B. K. A expressão e a elaboração do luto por adolescentes e adultos jovens através da *Internet*. **Estud. Pesqui. Psicol.** 2007; 7 (3):90-102. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v7n3/v7n3a08.pdf. Acesso em:11 agosto 2022.

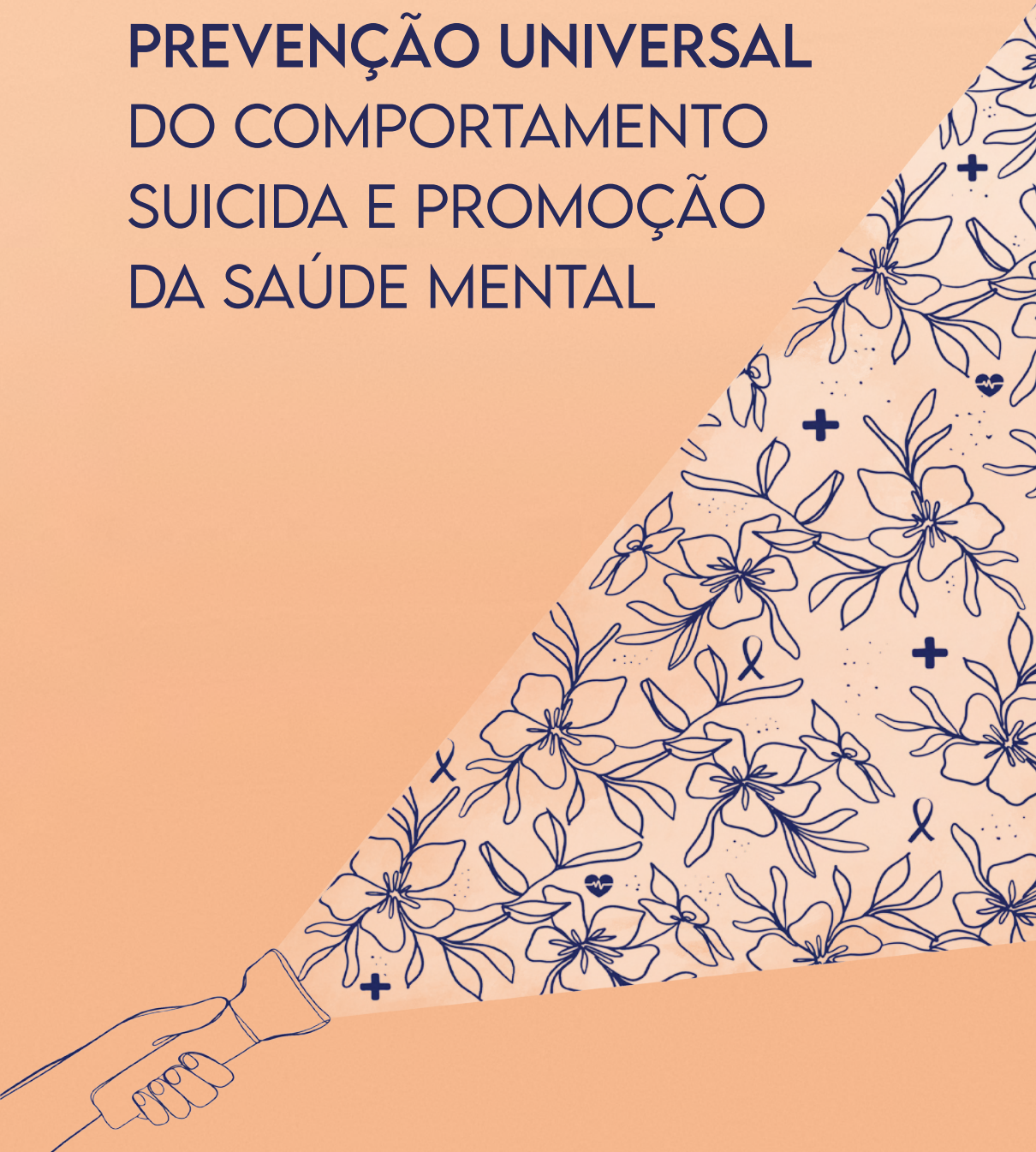
58. DUTRA, K.; PREIS, L. C.; CAETANO, J.; SANTOS, J. L. G.; LESSA, G. Vivenciando o suicídio na família: do luto à busca pela superação. **Rev. Bras. Enferm.** 2018; 71 (suppl 5):2146-53. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0679.

59. JOURNOT-REVERBEL, K.; RAYNAUD, J. P.; BUI, E.; REVET, A. Support groups for children and adolescents bereaved by suicide: lots of interventions, little evidence. **Psychiatry Res.** 2017; 250:253-255. Doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.077.

60. ACIOLE, G. G.; BERGAMO, D. C. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. **Saúde debate**. 2019; 43 (122):805-818. Doi: 10.1590/0103-1104201912212.

61. IGLEWICZ, A. M.; SHEAR, K.; REYNOLDS, C. F.; SIMON, N.; LEBOWITZ, B.; ZISOOK, S. Complicated grief therapy for clinicians: an evidence-based protocol for mental health practice. **Depression & Anxiety.** 2019; 37 (1):90-98. Doi: 10.1002/da.22965

CAPÍTULO 3

ESTRATÉGIAS DE **PREVENÇÃO UNIVERSAL** DO COMPORTAMENTO SUICIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

CAPÍTULO 3

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO UNIVERSAL DO COMPORTAMENTO SUICIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Camila Corrêa Matias Pereira
Enfermeira, Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Pós Doutoranda na Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE), Université du Québec à Montréal, Canadá

Leandro Martins Costa de Araújo
Enfermeiro, Doutorando pela Universidade Federal de Santa Catarina

Lívia Maria Maia Mendonça
Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Cardiovascular do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Especialista em Psicologia Clínica pela UFMG e Especializanda em Transtornos do Espectro do Autismo pela mesma universidade

Maria Isabella Alves Paterna
Graduanda em Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Samuel Barroso Rodrigues
Enfermeiro, Pós-Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São João del Rei, Doutor em Ciências pela Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Vitória Alexandrina Volpe
Graduanda em Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo

Objetivo do capítulo: Promover uma reflexão sobre prevenção em saúde mental e apresentar estratégias e ferramentas de promoção da saúde mental e prevenção do comportamento suicida que poderão ser aplicadas nos diferentes contextos de atuação profissional.

A prática profissional no campo da saúde mental e psiquiatria deve pensar o indivíduo como um todo e jamais reduzir o comportamento humano a conceitos psicopatológicos, devido à sua complexidade[1]. A prevenção, no âmbito da saúde mental e psiquiatria, pode ser subdividida em 3 categorias: primária, secundária e terciária. A primária funciona como uma intervenção projetada para diminuir o *número de novos casos* de um transtorno ou condição; a secundária, como uma

intervenção projetada para diminuir a *taxa de casos estabelecidos* de um transtorno ou condição; e a terciária como uma intervenção projetada para *diminuir* a *quantidade de incapacidade* associada a um transtorno já existente[2].

A prevenção também pode ser classificada de acordo com a população-alvo, distinguindo a prevenção em universal, seletiva e indicada. A prevenção universal trabalha com *estratégias gerais* para uma população inteira; a seletiva tem *estratégias direcionadas a uma subpopulação* considerada de risco para um transtorno; e a indicada possui *estratégias direcionadas a indivíduos* que possuem risco aumentado a um determinado agravo, após avaliação profissional[2].

A prevenção universal tem como objetivo impedir o estabelecimento do problema e, como o próprio nome diz, é voltada para toda a população, sendo que suas ações englobam estratégias abrangentes e de baixo custo. Está direcionada a evitar a emergência do fenômeno envolvido e ao alcance de grande parcela da população. No que concerne ao suicídio, destacam-se como estratégias de prevenção universal algumas ações de saúde coletiva, tais como a restrição de acesso às armas consideradas mais letais para a morte por suicídio (como armas de fogo, agrotóxicos e pesticidas); a redução do uso de álcool e outras drogas de abuso; e a conscientização das mídias sociais para uma comunicação mais ética e consciente sobre a temática[3,4,5,6].

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Lei nº 13.819/2019) tem como objetivos a redução do estigma em saúde mental, a sensibilização sobre a temática, a promoção de melhores práticas em relação à comunicação, a capacitação dos profissionais de saúde, a psicoeducação, entre outros. Pensando nisso, desenvolvemos um texto que pode trazer reflexões e recomendações sobre esse fenômeno **considerando a prevenção universal** e convidamos o leitor a aprofundar a compreensão acerca deste fenômeno. Dividimos este capítulo nas seguintes seções para melhor compreensão do leitor:

- Importância de Políticas Públicas, da criação de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio e de intervenções baseadas em evidências científicas.
- Estratégias de promoção da saúde mental e prevenção de agravos relacionados às características de cada fase do ciclo vital.
- Fatores de proteção da saúde mental, suporte social e prevenção universal em cada fase do ciclo vital (infância, adolescência, adultez e velhice).
- Recomendações para os profissionais da saúde sobre noções práticas de como podem promover os fatores de proteção, atuar e estruturar estratégias universais nos seus contextos de trabalho.
- Ferramentas importantes para a prevenção do comportamento suicida e pro-

moção da saúde mental para aplicação em diferentes contextos da atuação profissional.

- Reflexões sobre as ações de prevenção do suicídio.

IMPORTÂNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS, DA CRIAÇÃO DE UM PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO E DE INTERVENÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Para que estratégias de prevenção do comportamento suicida e promoção da saúde mental sejam desenvolvidas, é importante considerar fatores sociais, políticos e econômicos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o suicídio como um problema de saúde pública mundial que precisa de intervenções macrossociais, multissetoriais, adaptadas ao contexto local e baseadas em evidências científicas.

Dentre as atividades de prevenção universal do suicídio, que devem ser consideradas e implementadas por um governo, através de políticas públicas, estão: monitoramento dos casos, redução do acesso a métodos letais, redução do estigma em saúde mental, sensibilização sobre a temática, promoção de melhores práticas com a mídia, serviços de intervenção, treinamento dos responsáveis para a tomada de decisões e atividades de posvenção[7].

Para o desenvolvimento, aplicação e avaliação de uma Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, é importante haver mobilização inicial, desenvolvimento e implementação de uma estratégia nacional inicial com metas, ações, recursos necessários, setores responsáveis, indicadores de acompanhamento. Além disso, é necessária a renovação periódica da estratégia, sustentabilidade e avaliação dos resultados das ações desenvolvidas[8].

A nível nacional, no ano de 2019, o governo brasileiro instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, através da Lei nº 13.819[9], que tem como objetivos promover a saúde mental; prevenir o comportamento autolesivo; melhorar os determinantes da saúde mental; construir ambientes favoráveis à saúde mental; garantir o acesso a serviços psicológicos para pessoas em sofrimento; conscientizar a população sobre a importância e relevância da prevenção do comportamento autolesivo; promover a articulação intersetorial da prevenção do suicídio, envolvendo os setores de saúde, educação, comunicação, mídia, forças policiais, entre outros; melhorar o monitoramento epidemiológico; e promover a capacitação dos profissionais de saúde de todos os níveis sobre sofrimento psíquico e da violência autoinfligida. Embora a lei represente uma conquista para a saúde mental no Brasil, existem limitações e lacunas em torno da

aplicação, desenvolvimento e avaliação do que está proposto na lei, sendo importante que o Brasil desenvolva o seu primeiro Plano ou Estratégia Nacional de prevenção do suicídio[10].

Para além da criação, desenvolvimento e garantia da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio, a prevenção requer a valorização da vida em sua integralidade, e, para tanto, é fundamental que se garanta uma sociedade mais igualitária, segura e ambientes que promovam e garantam condições de vida para toda a população[6].

Além disso, destaca-se a capacitação de líderes comunitários para a identificação dos fatores de risco e proteção do suicídio, para que possam atuar como vigilantes; qualificação dos veiculadores das mídias digitais para que realizem uma comunicação responsável acerca da temática do suicídio e possam atuar divulgando estratégias de prevenção, auxiliando na desconstrução do estigma que a temática concerne; e a promoção da comunicação em massa e de materiais educativos, a fim de promover o entendimento sobre o suicídio e a divulgação de direcionamentos para sua prevenção, dentre outras ações e estratégias[4].

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E PREVENÇÃO DE AGRAVOS RELACIONADOS ÀS CARACTERÍSTICAS DE CADA FASE DO CICLO VITAL

O desenvolvimento humano pode ser compreendido como um processo contínuo, com múltiplas dimensões[11]. ***O capítulo 2, Comportamento suicida ao longo do ciclo vital***, reúne informações sobre o comportamento suicida nas diferentes fases do desenvolvimento, e no presente capítulo serão abordadas informações sobre estratégias de promoção da saúde mental e prevenção de agravos relacionados às características de cada etapa do ciclo vital.

É importante ressaltar que a qualidade de vida de uma população relaciona-se ao acesso e garantia de um bem estar físico-psíquico-emocional, bem como de relacionamentos interpessoais e redes de apoio, acesso universal e integral à saúde, educação, moradia, saneamento básico, entre outros[12], não sendo possível discutir sobre questões de saúde mental, sem que as necessidades básicas estejam garantidas. É fundamental que os profissionais da saúde reconheçam os fatores de proteção do comportamento suicida, para que possam atuar de maneira mais efetiva e pontual no fenômeno. Os fatores de proteção podem ser caracterizados como características individuais ou do ambiente em que o indivíduo está inserido, que contribuem para seu fortalecimento pessoal, além de ajudá-lo a lidar com situações desafiadoras, não atuando de maneira isolada[13].

FATORES DE PROTEÇÃO DA SAÚDE MENTAL, SUPORTE SOCIAL E PREVENÇÃO UNIVERSAL EM CADA FASE DO CICLO VITAL

Infância e Adolescência

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990 [14], as crianças e os adolescentes são compreendidos como sujeitos de direitos, sendo-lhes garantidos os direitos fundamentais à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Sendo assim, a infância e a adolescência devem ser protegidas pela família, comunidade, sociedade em geral e também pelo poder público[14].

A inclusão desse público na agenda de políticas públicas de saúde mental no Brasil deu-se de forma tardia, sendo que até o final do século XX não era possível identificar a existência de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes no contexto brasileiro[15]. Dois fatores foram fundamentais para transformar essa realidade: a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e a articulação da saúde mental com setores historicamente ocupados com a assistência à infância e à adolescência como a educação, a assistência social e a área jurídica.[15] Atualmente, propõe-se um cuidado em saúde mental em liberdade, de base comunitária e que seja integrado intersetorialmente, de forma a abarcar as necessidades presentes nessas etapas da vida.[15]

Estudos apontam que a escola é o local privilegiado para a implantação de estratégias de prevenção de comportamentos de risco e promoção da saúde mental infantojuvenil[16,17]. É nesse contexto que as crianças e adolescentes passam grande parte de seu tempo. Além disso, a escola é o lugar onde se pode alcançar maior número de crianças e adolescentes, posto que, no Brasil, a educação básica é obrigatória na faixa etária compreendida entre 04 e 17 anos[18].

Dentre as intervenções para prevenção de comportamentos de risco e promoção da saúde mental nas escolas são recomendadas intervenções de aprendizagem socioemocional[16] (que incluem, por exemplo, habilidades como o autoconhecimento, autorregulação, competências relacionais e a tomada de consciência responsável)[19]. Também são mencionadas na literatura ações de prevenção a problemas de comportamento, ao abuso sexual, à violência e ao abuso de álcool e outras drogas[16]. Além disso, é necessária a conscientização e capacitação dos professores, que podem ser agentes promotores de saúde mental[16], possibilitando discussões sobre relações saudáveis, estigma, adolescência, autoestima, capacidade de resolução de problemas e bem-estar[20].

Recomenda-se a implantação de ações de combate ao *bullying* no ambiente escolar que podem abarcar, por exemplo, o desenvolvimento da empatia e de habilidades

socioemocionais, de forma a ter efeitos proximais de melhoria na qualidade do ambiente escolar e efeitos distais, de prevenção e diminuição do *bullying* escolar e suas consequências[16].

É importante salientar que, mesmo que programas de prevenção ao comportamento suicida e promoção da saúde mental ocorram no ambiente escolar, eles devem estar interligados constantemente com as famílias, serviços de saúde e comunidade em geral, de forma a construir um trabalho em rede que promova: a literacia em saúde mental e a psicoeducação acerca do tema, garantindo o acesso a informações verdadeiras; o combate ao estigma ao adoecimento psíquico e a identificação de fatores de risco e proteção relacionados aos agravos em saúde mental[20]. É importante que ocorra a contextualização das necessidades para a criação das ações, a participação da comunidade e a avaliação do programa durante sua implementação, após o término e a longo prazo após a sua conclusão[16].

Vida adulta

Ao olharmos para o indivíduo na vida adulta, é importante lembrarmos primeiramente como cada ser é único e que muitas das suas características dependem das circunstâncias culturais, históricas e sociais, além das experiências particulares de cada um[21,22,23]. As estratégias de prevenção de agravos e promoção da saúde mental que devem ser consideradas para a vida adulta são relacionadas ao compartilhamento de informações científicas sobre a saúde mental e o comportamento suicida, a redução dos fatores de risco, promoção de proteção, a identificação da rede de suporte social, bem como a identificação dos serviços de saúde disponíveis para o cuidado[7]. As ações também podem enfocar os relacionamentos significativos com as pessoas de referência, como amigos, familiares e também um ambiente de trabalho harmonioso, bem como características individuais, tais como autoeficácia, autoestima e habilidades socioemocionais[13].

Idoso

Apesar do avanço populacional dos idosos ser uma realidade já prevista para os próximos anos, a assistência e o suporte destinado a essa população não avança na mesma direção e intensidade[24]. O processo de envelhecimento deve ser permeado por vivências positivas e, para tanto, deve ser acompanhado de segurança, dignidade, qualidade de vida, bem-estar, saúde integral, autonomia, reconhecimento, participação social e garantia de direitos, permitindo assim o envelhecimento ativo. Este pode ser conceituado como "o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas"[25].

É importante levarmos em consideração que o processo de envelhecimento envolve as relações interpessoais, como as redes de apoio dos idosos (amigos, vizinhos, familiares), sendo a valorização das interações sociais fundamental para a promoção de um envelhecimento ativo. A qualidade de vida do idoso depende de fatores biopsicossociais, sendo o processo de envelhecimento ativo permeado por uma série de determinantes, dentre eles: sociais (vínculos familiares, apoio social, educação continuada, proteção contra a violência e maus tratos); econômicos (renda, oportunidade de trabalho, aposentadoria, seguro saúde); comportamentais (estilo de vida saudável, participação ativa no autocuidado, autonomia); pessoais (genética, fatores psicológicos, como autoeficácia); serviços sociais e de saúde (promoção da saúde e prevenção de agravos; acesso equitativo; assistência em saúde integral); e ambientais (moradia, segurança, acesso a água potável e alimentos de qualidade)[25,26], sendo fundamental a participação do governo para a garantia de necessidades imprescindíveis.

Importantes ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso ocorrem na Atenção Primária à Saúde (APS), como os grupos, visitas domiciliares, a educação em saúde pautada em um processo de ensino-aprendizagem ativo, além de contribuir para o fortalecimento dos relacionamentos sociais e uma redução importante no sentimento de solidão dos idosos[27].

A comunicação terapêutica também tem um papel importante na promoção da saúde mental da população idosa, por promover o fortalecimento da autoestima, além de atuar na redução do sofrimento psíquico, ao permitir o compartilhamento de suas histórias de vida, troca de experiências, de momentos de sofrimento e por buscar o restabelecimento do vínculo com as pessoas de referência desses idosos (familiares e amigos)[28].

Ainda, ações como a promoção de atividades de lazer; o acesso à saúde e assistência de qualidade; o suporte social e das pessoas de referência, são destacadas como estratégias de prevenção do comportamento suicida entre os idosos, principalmente por visarem à prevenção do sentimento de solidão e de falta de pertencimento e perdas sociais às quais essa população está vulnerável[24].

RECOMENDAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE NOÇÕES PRÁTICAS DE COMO PODEM PROMOVER OS FATORES DE PROTEÇÃO, ATUAR E ESTRUTURAR ESTRATÉGIAS UNIVERSAIS NOS SEUS CONTEXTOS DE TRABALHO

O sistema de saúde possui uma vastidão de serviços (tanto especializados como gerais) e a porta de entrada da comunidade é a APS[29,30]. É importante que os profissionais de saúde realizem ações educativas de prevenção e rastreio de transtornos mentais, uma

vez que a presença destes é um fator de risco para o comportamento suicida. A partir disso, o estabelecimento que apresente uma comunicação aberta, acolhedora e sem julgamentos é essencial para manejo, avaliação de risco, promoção de saúde mental e prevenção do comportamento suicida[29,30].

Antes de uma tentativa de suicídio, os indivíduos podem buscar ajuda nos serviços de saúde, sendo fundamental que os profissionais da área tenham um olhar atento para todos os pedidos de ajuda, com escuta qualificada, interesse pela história do indivíduo, criação e estabelecimento de vínculo, além da avaliação de risco[29,30,31].

Todos os serviços de saúde podem receber indivíduos com comportamento suicida, sendo assim, é crucial promover fatores de proteção, estruturar e atuar em estratégias de prevenção, dedicar-se a encontrar espaços seguros de escuta, escuta empática, respeito pelas considerações e crenças, incentivo à busca de ajuda profissional, rede de apoio e recursos de promoção da saúde mental[29,30,31]. Todos os profissionais dos mais diversos serviços de atenção devem estar preparados para realizar um primeiro acolhimento de indivíduos com comportamento suicida, para atuar diretamente na promoção da saúde mental e na prevenção do suicídio[29,30].

FERRAMENTAS IMPORTANTES PARA A PREVENÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL PARA APLICAÇÃO EM DIFERENTES CONTEXTOS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Cartilha “Promoção da saúde mental em pandemia e situações de desastres”

No ano de 2020, este material foi elaborado por pesquisadoras do Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio (CEPS) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), da Universidade de São Paulo (USP). Algumas informações incluídas nesta cartilha são importantes ferramentas para a prevenção do comportamento suicida e promoção da saúde mental. Abaixo, listamos algumas ferramentas importantes para a prevenção universal, através de alguns capítulos dessa cartilha. Caso queira ler o conteúdo da cartilha na íntegra, acesse o *link*:

https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-*e-books*/promocao-da-saude-mental-em-pandemias-e-situacoes-de-desastres/

- Primeiros Socorros em Saúde Mental: Os primeiros socorros em saúde mental têm como objetivo promover o acolhimento inicial a uma pessoa em situação de crise emocional, podendo ajudar alguém a compartilhar suas emoções, no enfrentamento de situações difíceis e na promoção do bem-estar. Quer saber mais? Acesse: https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-*e-books*/primeiros-so-

corros-em-saude-mental-2/

- Luneta das Emoções: Este material tem como objetivo facilitar o reconhecimento de sentimentos e emoções vivenciados para a busca de bem-estar e desenvolvimento pessoal. Quer saber mais? Acesse: https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-e-books/luneta-das-emocoes/
- Kit de gratidão: Neste material, você pode aprender como aplicar a prática da gratidão no seu dia a dia. Quer saber mais? Acesse: https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-*e-books*/kit-de-gratidao/
- Resolução de Problemas: Neste material, você pode aprender sobre a estratégia de resolução de problemas que pode promover o autocontrole e as estratégias de enfrentamento possivelmente mais saudáveis. Quer saber mais? Acesse: https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-*e-books*/resolucao-de-problemas-2/
- Cultivando A Resiliência: Este material tem como objetivo discutir formas de cultivar a resiliência, no enfrentamento de adversidades e desafios. Quer saber mais? Acesse: https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-*e-books*/cultivando-a-resiliencia/
- Kit de Esperança: O Kit de Esperança é uma ferramenta que ajuda a desenvolver esperança, a partir de suas próprias capacidades, vivências positivas e redes de apoio. Quer saber mais? Acesse: https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-*e-books*/kit-de-esperanca/

Projeto Mais Contigo

Embora o Projeto Mais Contigo seja considerado um projeto de prevenção seletiva, uma vez que é destinado a uma população com caraterísticas específicas identificadas como de risco elevado para o suicídio, ele tem características importantes para a prevenção em rede, de forma multidisciplinar e intersetorial. O Mais Contigo é um projeto de pesquisa e extensão, voltado a jovens, pais, comunidade escolar e profissionais da saúde, que tem como objetivo o desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental entre os jovens e a avaliação destas ações. Ele teve início em 2009, em Portugal, e, a partir de 2017, o CEPS passou a ser responsável pelo seu desenvolvimento no Brasil. Para a aplicação do Mais Contigo, é necessário interesse, compromisso e comprometimento das partes envolvidas (instituição de ensino, instituição de saúde e membro da equipe Mais Contigo), para o bom desenvolvimento do trabalho. Para mais informações sobre como aplicar o Mais Contigo na sua instituição, entre em contato conosco através do endereço de e-mail: ceps@eerp.usp.br.

Uso de Redes Sociais Virtuais

Também é importante entender o uso das Mídias Sociais como uma extensão do cuidado *offline* e uma possibilidade de psicoeducação e de prevenção do suicídio,

através da criação de um ambiente seguro, com informações embasadas em conhecimento científico, visando a valorização da vida, divulgação de serviços de ajuda *online* e *offline*, entre outros.[32] Abaixo, você pode acessar e conhecer melhor alguns dos serviços focados na prevenção do comportamento suicida e promoção da saúde mental nas redes sociais virtuais, visando a prevenção universal:

CVV (Centro de Valorização da Vida) - 188 (www.cvv.org.br): O CVV é um serviço de prevenção universal. É gratuito e funciona 24 horas diariamente. Seu objetivo é realizar apoio emocional, de forma sigilosa, a todas as pessoas que queiram e precisem conversar. Os atendimentos também acontecem através do *site*.

SaferNet (https://new.safernet.org.br/): A *SaferNet* Brasil é uma associação civil de direito privado, com atuação nacional, sem fins lucrativos ou econômicos, sem vinculação político-partidária, religiosa ou racial, com foco na promoção e defesa dos Direitos Humanos na *Internet* no Brasil. O *SaferNet* também possui uma importante ferramenta chamada Helpline (https://helpline.org.br/helpline), que pode te ajudar a esclarecer dúvidas, dar dicas e orientar o que pode ser feito em situações de risco na *Internet*.

Mapa da Saúde Mental (https://mapasaudemental.com.br/): Neste *site* você vai encontrar serviços públicos de saúde mental disponíveis em todo território nacional, além de serviços de acolhimento e atendimento gratuitos ou voluntários realizados por ONGs, instituições filantrópicas, clínicas escola, entre outros.

Site InspirAção (https://inspiracao-leps.com.br/): O *site* InspirAção aborda conteúdos que inspiram ações de cuidado, motivação, apoio e bem-estar para a valorização da vida e a prevenção ao suicídio. Também é possível conferir diversos materiais produzidos com base em pesquisas científicas como: artigos, cartilhas e *e-books* sobre a temática.

Você pode obter mais informações sobre o CEPS, o projeto Mais Contigo e como desenvolvê-lo em seu ambiente de trabalho através dos *links* presentes no *Qr code* abaixo! Aponte a tela do seu celular para o *Qr code* ou acesse:

https://*link*tr.ee/ceps_eerp_usp?utm_source=qr_code

Reflexões sobre as ações e outras possibilidades de prevenção do suicídio

É fundamental ressaltar a importância da formação das equipes de atenção psicossocial na promoção da saúde mental e da prevenção do suicídio[31]. Algumas ações preventivas têm limitações importantes, como, por exemplo, focar em soluções simplistas que sejam pautadas em senso comum e experiências pessoais. A seguir, os autores trazem possibilidades de discussão sobre pontos importantes a serem considerados para reduzir lacunas e limitações relacionadas às ações de prevenção universal do suicídio.

Entendimento da complexidade da temática, não utilizando estratégias simplistas

O comportamento suicida é complexo, multifatorial, compreende vários aspectos e a discussão sobre a temática alimenta o debate para a prevenção, tratamento, identificação do risco e intervenções. O cuidado em saúde precisa considerar a singularidade e a legitimidade do sofrimento humano, buscando por intervenções de diversos profissionais com ações correspondentes à complexidade do tema[33].

Promover a educação em saúde de forma responsável e cuidadosa

A psicoeducação é um importante fator para o aumento do conhecimento e informação em saúde mental[34]. Para uma prevenção efetiva, é essencial que ocorra a conscientização da comunidade acerca do tema, a identificação de pessoas vulneráveis, o incentivo para a busca de ajuda, a redução dos fatores de risco, a promoção e o reconhecimento de fatores de proteção.

Promover o acesso a cuidados em saúde mental

Destaca-se que pessoas com transtornos mentais possuem um risco ainda maior para o suicídio, quando comparadas à população em geral, sendo reconhecido que a maioria das pessoas que morrem por suicídio possuem algum tipo de transtorno mental, destacando-se transtornos de humor, ansiedade, psicóticos, personalidade e uso de drogas de abuso psicoativas[35].

Fortalecimento das redes de apoio (e do apoio aos familiares)

A identificação e fortalecimento das redes de apoio pode ser fundamental no cuidado da pessoa em vulnerabilidade emocional. A família é uma rede de apoio muito importante no cuidado dos indivíduos com comportamento suicida, não podendo ser considerada uma rede única de vigilância e apoio, já que também necessita de atenção na promoção da saúde mental[36]. O apoio de familiares, amigos, parceiros e da comunidade desempenha um papel importante na busca de ajuda profissional, relacionado a um risco menor do

comportamento suicida[37,38].

Construção conjunta de planos de cuidados

Os planos de cuidado devem ser construídos de forma colaborativa e preservar ao máximo a autonomia da pessoa em acompanhamento. O uso de psicofármacos, quando indicado, deve seguir os princípios da autonomia e cogestão[39]. É importante que as decisões sobre o tratamento sejam compartilhadas entre todos os envolvidos no processo. Por exemplo, as decisões sobre usar ou não os remédios não devem ser apenas dos profissionais de saúde, mas devem incluir as pessoas que passam por essa experiência. Dessa forma, o melhor plano de tratamento pode ser construído coletivamente pelo usuário, pelo médico que prescreve o remédio, pela equipe que acompanha, pela família e comunidade próxima, sendo que todos podem contribuir de alguma maneira para auxiliar no tratamento e desenvolver o projeto terapêutico singular[39].

Capacitação profissional

É importante que ocorram mais iniciativas de qualificação para os profissionais da saúde na atuação e manejo do comportamento suicida, uma vez que há uma escassez de programas governamentais com essa finalidade. Além disso, é importante se atentar à saúde emocional dos profissionais que atuam em saúde mental, já que eles podem enfrentar dificuldades na atenção psicossocial e necessitar de assistência psicológica[36]. Destaca-se ainda a importância da construção de espaços coletivos de discussões para o cuidado em saúde mental, fortalecendo laços e uma rede de cuidado, compartilhando medos, inseguranças e frustrações (individuais e coletivas)[40].

É importante que ocorram ações informativas e educativas buscando a redução do estigma, da culpabilização, da recusa de ajuda, da dificuldade em ofertar ajuda e para reduzir o despreparo ao lidar com a temática[34]. A falta de compreensão da temática do comportamento suicida reflete de forma direta nas atitudes frente aos indivíduos que estão passando por isso, afetando a prevenção e dificultando a busca de ajuda, o tratamento e o acompanhamento em saúde[41].

Sobre as campanhas (pelas quais, muitas vezes, os profissionais de saúde são responsáveis, para fins de prevenção) é importante ressaltar o quanto a comunicação por mídias e tecnologias digitais precisa ser acompanhada de ações educativas em diferentes setores sociais, com a finalidade de promover uma conduta saudável e responsável sobre a temática[42]. Um dos obstáculos encontrados na comunicação segura sobre o comportamento suicida é a preocupação com o despreparo ao lidar com a temática[34].

Evitar sensacionalismo/responsabilidade na comunicação

Como pontos importantes na hora de pensar na comunicação sobre o comportamento suicida, traremos algumas recomendações breves: é importante evitar frases de autoajuda, desvalorização da dor, bem como o aconselhamento sem fundamentação científica ou sem valorizar a perspectiva da pessoa[34], já que cada situação é particular e possui uma carga peculiar de subjetividades.

Evitar o Efeito Werther/Efeito Contágio

É imprescindível o cuidado ao veicular qualquer informação a respeito de suicídio, para evitar o efeito Werther ou efeito Contágio e para cuidar das pessoas que estão em sofrimento emocional. A OMS possui um material para os profissionais da mídia sobre a prevenção do suicídio, com diversas recomendações e boas práticas na comunicação sobre o assunto, chamado *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia* e, em 2019, o Vita Alere lançou o material *Como falar de forma segura sobre o suicídio.*

Você pode obter mais informações sobre os materiais mencionados através dos *links*:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67604/WHO_MNH_MBD_00.2_por.pdf;jsessionid=25BD4229BBF0DB02F06435F6DA95C4AD?sequence=7

https://vitaalere.com.br/wp-content/uploads/2019/09/425263625-Como-Falar-de-Forma-Segura-Sobre-Suicidio.pdf

Redução do estigma em saúde mental

O estigma é um importante dificultador para a busca de ajuda em saúde mental e está associado a crenças negativas, evitamento da temática, sofrimento emocional, isolamento social, desmoralização e sentimento de desesperança entre as pessoas com comportamento suicida e os sobreviventes enlutados[34,43,44,45].

Não impor uma perspectiva religiosa em ações de prevenção do suicídio ou promoção de saúde mental

É importante não impor uma perspectiva religiosa em ações preventivas ou de promoção de saúde mental. A relação entre a religião e saúde mental ou comportamento suicida é complexa, pois a religião pode apresentar fatores protetivos (esperança, sentido para a vida, pertença, perdão, rede de apoio), mas também pode apresentar fatores de risco (especialmente quando ligadas a perspectivas rígidas, condenatórias, preconceituosas, entre outros)[34,46]. Além disso, é essencial ressaltar que o comportamento suicida não pode ser atribuído à falta “de Deus”, de “religião” ou “práticas religiosas”.

Oferecimento de apoio, acolhimento, informações sobre onde encontrar ajuda

Um dos facilitadores para a comunicação segura sobre o comportamento suicida inclui o incentivo para a busca de ajuda e apoio profissional, a propensão em oferecer ajuda e também a promoção da crença na possibilidade de superação[34]. Nas estratégias de prevenção, é fundamental fomentar o desenvolvimento de resiliência e relações de ajuda[47]. Também é importante divulgar informações embasadas em conhecimento científico[48].

Considerar ambientes virtuais como extensão do cuidado e da psicoeducação

A rede social virtual pode ser utilizada como estratégia complementar para a prevenção do suicídio favorecendo a psicoeducação e busca de ajuda profissional. Dessa forma, considera-se importante que profissionais de saúde entendam o ambiente virtual como uma extensão da possibilidade de cuidado em saúde[49].

Mobilização/articulação da rede e equipes de saúde

É essencial que ocorra a comunicação e integração entre os profissionais dos diversos níveis e serviços dentro da rede de saúde, uma vez que o desenvolvimento da comunicação, o compartilhamento de informações e a busca de ações conjuntas entre as redes podem trazer benefícios ao indivíduo que busca por ajuda, aumentando a qualidade dos serviços prestados[36].

Evitar que as ações preventivas se limitem a campanhas pontuais de conscientização

Ações pontuais de promoção da saúde mental ou prevenção do suicídio têm menos efetividade quando comparadas a estratégias multiníveis, sustentáveis e longitudinais. É importante que a prevenção do suicídio e promoção da saúde mental não se limitem a ações pontuais (como campanhas de setembro amarelo), mas sejam abordadas em diferentes períodos, com seriedade, responsabilidade e de forma a compor planos de ação integrados e continuados. A promoção da saúde mental e a prevenção do suicídio devem ser realizadas em diferentes contextos, espaços e serviços, por diferentes atuações profissionais, comunitárias, formais e informais, de forma conjunta, não apenas em setembro, mas em todos os meses do ano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo traz discussões importantes sobre estratégias de prevenção do comportamento suicida e de promoção da saúde mental. É fundamental a adaptação das estratégias mencionadas ao contexto em que serão utilizadas pelos profissionais de saúde, principalmente, considerando-se o suicídio como fenômeno complexo e multifatorial.

QUADRO SÍNTESE

Qual o objetivo deste capítulo?

Apresentar estratégias e ferramentas de promoção e prevenção da saúde mental que poderão ser aplicadas nos diferentes contextos de atuação profissional.

Pontos importantes discutidos neste capítulo:

- Importância de Políticas Públicas, da criação de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio e de intervenções baseadas em evidências científicas.
- Estratégias de promoção da saúde mental e prevenção de agravos relacionados às características de cada fase do ciclo vital.
- Fatores de proteção da saúde mental, suporte social e prevenção universal em cada fase do ciclo vital.
- Recomendações para os profissionais da saúde sobre noções práticas de como podem promover os fatores de proteção, atuar e estruturar estratégias universais nos seus contextos de trabalho.
- Ferramentas importantes para a prevenção do comportamento suicida e promoção da saúde mental para aplicação em diferentes contextos da atuação profissional.
- Reflexões sobre as ações e outras possibilidades de prevenção do suicídio:
    - Compreender sobre a complexidade da temática, não utilizando estratégias simplistas.
    - Compreensão do transtorno mental enquanto fator de risco.
    - Importância das redes de apoio (e do apoio aos familiares).
    - Importância do medicamento psiquiátrico em determinados casos e do uso correto e contínuo.
    - Psicoeducação e capacitação profissional.
    - Evitar sensacionalismo/responsabilidade na comunicação.
    - Evitar o Efeito Werther/Efeito Contágio.
    - Eliminar/reduzir estigma em saúde mental e naturalizar as estratégias de busca de ajuda.
    - Não impor perspectiva religiosa em ações de prevenção do suicídio ou promoção de saúde mental.
    - Oferecer apoio, acolhimento, informações sobre onde encontrar ajuda.
    - Considerar ambientes virtuais como extensão do cuidado e da psicoeducação.
    - Mobilizar/articular a rede e equipes de saúde.
    - Evitar que as ações preventivas se limitem a campanhas pontuais de conscientização.

Conclusão:

O capítulo traz reflexões sobre a importância de se pensar a prevenção do comportamento suicida e a promoção da saúde mental. Inclui conceitos de prevenção, discussões sobre Políticas Públicas, fatores de proteção importantes para diferentes etapas do ciclo vital e dá exemplos de estratégias e ferramentas de prevenção universal que podem ser utilizadas em diferentes serviços de saúde. Conclui-se apontando para a necessidade de adaptação do material apresentado às diferentes realidades existentes.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

REFERÊNCIAS

1. MACHADO, L.; SOUZA, C. T. N. de; CANTILINO, A. Primary prevention in psychiatry: possibility or utopia? **Revista Debates em Psiquiatria**. 2017 Mai 9; 7:16–25.

2. O'LOUGHLIN, K.; ALTHOFF, R.; HUDZIAK, J. **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (**edição em Português [*Internet*]. Dias Silva F; 2017. Disponível em: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/429e05da34b9e35b58e5b7d1a498b20d64bb37e5/A.14-PREVENTION-2017-portuguese.pdf Acesso em: 10 agosto 2022.

3. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing Suicide:** A Global Imperative. [Geneva]: World Health Organization; 2014. 89 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=1D2B5C971233C503CECBF798D13D1CA5?sequence=1. Acesso em: 10 agosto 2022.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil. Brasília, 2017 [*Internet*].** Disponível em: https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf Acesso em: 10 agosto 2022.

5. BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida:** epidemiologia. Psicologia USP. 2014. 25(3): 231-36.

6. DANTAS, E. S. O. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? Physis: **Revista de Saúde Coletiva.** 2019;29(3).

7. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Saúde pública ação para prevenção do suicídio – uma estrutura. 2012. Disponível em: http://*site*.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf Acesso em: 10 agosto 2022.

8. BARDON, C.; CORRÊA, Matias Pereira C. & GOULET-CLOUTIER C. **Conversation on National Suicide Prevention Strategies:** Supplementary Document. Centre for Research and Intervention on Suicide, Ethical Issues and End-of-Life Practices. 2021. Disponível em: https://crise.ca/wp-content/uploads/2021/06/conversation-national-suicide-prevention-strategies-supplementary-document.pdf. Acesso em: 11 agosto 2022.

9. BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796. Acesso em: 02 maio 2022.

10. BOTEGA, N. J. **Suicide crisis:** assessment and management. Porto Alegre: Artmed. 2015.

11. NERI, A. L. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. **Temas psicol.** [*Internet*]. 2006 Jun; 14(1): 17-34. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000100005&lng=pt. Acesso em: 19 maio 2022.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Qualidade de vida em 5 passos.** Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/260_qualidade_de_vida.html#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o,expectativas%2C%20padr%C3%B5es%20e%20preocupa%C3%A7%C3%B5es%E2%80%9D . Acesso em: 11 agosto 2022.

13. PEREIRA, A. S.; WILLHELM, A. R.; KOLLER, S. H.; ALMEIDA, R. M. M. de. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2018 Nov;23(11):3767–77. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/GnVdNw8QX4cMkQVdqSDR45R/?lang=pt. Acesso em: 11 agosto 2022.

14. BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm Acesso em: 8 maio 2022.

15. COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política de saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica, Rio de Janeiro,** 2015 27 (1): 17-45. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pc/a/RSQnbmxPbbjDDcKKTdWSm3s/abstract/?lang=pt Acesso em: 8 maio 2022.

16. FARIA, N. C.; RODRIGUES, M. C. Promoção e prevenção em saúde mental na infância: implicações educacionais. **Psicologia da Educação**. 2020 Nov 18;(51):85–96. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n51/n51a09.pdf. Acesso em: 14 maio 2022.

17. SOUZA, T. T.; ALMEIDA, A. C.; FERNANDES, A. D.; SOUZA, A.; CID, M. F. B. Promoção de saúde mental de adolescentes da américa latina: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Cien, Saúde Colet.** 2021 26 (07). Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/TNs4YyD4JNbmg49ZpNNmxhD/?lang=pt Acesso em: 14 maio 2022.

18. BRASIL. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm Acesso em: 19 maio 2022.

19. CARVALHO, A.; ALMEIDA, C.; AMANN, G.; LEAL, P.; MARTA, F.; MOITA, M.; PEREIRA, F.; LADEIRAS, L.; LIMA, R.; LOPES, I. **Saúde Mental em Saúde Escolar.** Manual para a Promoção de Aprendizagens Socioemocionais em Meio Escolar. Lisboa, 2016.

20. SANTOS, J. C. P.; ERSE, M. P. Q. A.; FAÇANHA NETO, J. D.; MARQUES, L. A. F. A.; SIMÕES, R. M. P. + contigo: promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa. Série Monográfica. **Educação e Investigação em Saúde.** Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2014. Disponível em: https://inspiracao-leps.com.br/saiba-mais/mais_contigo_brasil/ Acesso em: 15 maio 2022.

21. OLIVEIRA, M. K. **Ciclos de vida: algumas questões sobre a psicologia do adulto.** Educação e Pesquisa, São Paulo. 2004, 30 (2): 211-229. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ep/a/VfHTCkV5SFZWZf8PNwHk5Xk/abstract/?lang=pt. Acesso em: 06 maio 2022.

22. SANTOS, B. S.; ANTUNES, D. D. **Vida adulta, processos motivacionais e diversidade.** Porto Alegre/RS 2007. 1 (61): 149-164. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/544. Acesso em: 06 maio 2022.

23. ANDRADE, C. A. Construção da Identidade, Autoconceito e Autonomia em Adultos Emergentes. **Psicologia Escolar e Educacional,** SP. 2016 Apr.20(1):137-146. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pee/a/FpFgdTWTrbJd5bhDJdZkjZt/?lang=pt#:~:text=A%20constru%C3%A7%C3%A3o%20da%20identidade%20pessoal,instrumental%20por%20parte%20dos%20pais. Acesso em: 06 maio 2022.

24. ALVES, R. M.; NOGUEIRA, M. I. S.; MACHADO, A. N. K. C. Suicídio em idosos: determinantes psicossociais, riscos e prevenção. **VI Congresso Nacional de Envelhecimento Humano,** Paraíba, 2019.

25. BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Brasília, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf Acesso em: 07 maio 2022.

26. LEANDRO-FRANÇA, C.; GIARDINI, Murta S. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicologia**: Ciência e Profissão [*Internet*]. 2014 Jun;34(2):318–

29. Disponível: https://www.scielo.br/j/pcp/a/GnQzV9V5t9GBYjwJxVyGYkH/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 07 maio 2022.

27. SOUZA, A. P. et al. Ações de promoção e proteção à saúde mental do isoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva.** 2022 27(05). Disponível em: https://scielosp.org/article/csc/2022.v27n5/1741-1752/ Acesso em: 07 maio 2022.

28. ANDRADE, F. B. et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, 2010 19 (1):129-36. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/q7HbWFNKMC7QtcPx5wJmMJc/abstract/?lang=pt Acesso em: 07 maio 2022.

29. SILVA, N. K. N da; CARVALHO, C. M. S. D.; MAGALHÃES, J. M.; CARVALHO JUNIOR, J. A. M. de; SOUSA, B. V. da S.; MOREIRA, W. C. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em Português). 2018Aug,24;13(2):71–7. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1806-69762017000200003#:~:text=%C3%89%20de%20suma%20import%C3%A2ncia%20que,completo%20desespero%20e%20total%20desesperan%C3%A7a. Acesso em: 07 maio 2022.

30. STORINO, B. D. et al. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. **Artigos Originais, Cad. saúde colet.** 2018, 26 (4). Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/PBG5mTwvVWyp88wrMgHrrkh/?lang=pt. Acesso em: 11 agosto 2022.

31. BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio –** Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), 2006. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 11 agosto 2022.

32. BOTTI, N. C. L.; PEREIRA, C. Blogs Brasileiros Sobre Suicídio. **Latin American Journal on Health & Social Psychology** 2019, 10(1): 10-19, DOI: 10.22199/S07187475.2019.0001.00001

33. GOMES, E. R.; IGLESIAS, A.; CONSTANTINIDIS, T. Revisão Integrativa de Produções Científicas da Psicologia Sobre Comportamento Suicida Integrative Literature Review of Scientific Productions of Psychology on Suicidal. **Revista Psicologia e Saúde**, 2017 11(27), 35–53.

34. PEREIRA, C. C. M.; VEDANA, K. G. G. InspirAção: barreiras e facilitadores da comunicação segura sobre o suicídio. **Research, Society and Development.** 2021 Feb 17;10(2):e32010212648.

35. BORBA, L. de O.; FERREIRA, A. C. Z.; CAPISTRANO, F. C.; KA*Link*E, L. P.; MAFTUM, M. A.; MAFTUM, G. J. Factors associated with suicide attempt by people with mental disorder. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**. 2020; 24.

36. MÜLLER, S. de A.; PEREIRA, G. S.; ZANON, R. B. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED.** 2018 Mar 15;9(2):6. Disponível em: https://dx.doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.1686. Acesso em: 11 agosto 2022.

37. JIN, H.; BATTERHAM, P.; CALEAR, A.; RANDALL, R. Factors influencing professional help-seeking for suicidality: A systematic review. Crisis: **The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention.** 2018, 39(3): 175–196.

38. NGUYEN, A. W.; TAYLOR, R. J.; CHATTERS, L. M.; TAYLOR, H. O.; LINCOLN, K.D.; MITCHELL, U. A. Extended family and friendship support and suicidality among African Americans. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.** 2017, 52(3):299-309. Disponível em: https://*link*.springer.com/content/

pdf/10.1007/s00127-016-1309-1.pdf. Acesso em: 10 agosto 2022.

39. CAMPOS, R. T. O.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. et al. **Gestão Autônoma da Medicação** - Guia de Apoio a Moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014.Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/*site*s/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf . Acesso em: 11 agosto 2022.

40. CESCON, L. F.; CAPOZZOLO, A. A.; LIMA, L. C. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. Saúde e Sociedade. 2018 Jan;27(1):185–200.

41. SILVA, E. A. O.; FERREIRA, W. F. S.; VASCONCELOS, C. R.; DUTRA, D. A. Atitudes dos profissionais da enfermagem frente ao risco de suicídio na emergência hospitalar. Revista Saúde e Desenvolvimento. 2017, 11(7):239-52.

42. FERREIRA, R. da S.; MARTIN, I. dos S.; ZANETTI, A. C. G.; VEDANA, K. G. G. Notícias sobre suicídio veiculadas em jornal brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva** [*Internet*]. 2021 Apr;26(4):1565–74. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/zXmHk3yrvMmw6DxF75m7SnP/?lang=pt&format=pdf Acesso em: 24 novembro 2022.

43. KUČUKALIĆ, S.; KUČUKALIĆ, A. Stigma and Suicide. **Psychiatr Danub**. 2017 29(5):895-899. Disponível em: https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol29_noSuppl%205/dnb_vol29_noSuppl%205_895.pdf. Acesso em: 11 agosto 2022.

44. VELASCO, A. A.; SANTA CRUZ, I. S.; BILLINGS, J.; JIMENEZ, M.; ROWE, S. What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. **BMC** Psychiatry. 2020, 20:293. Disponível em: https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-020-02659-0.pdf. Acesso em: 11 agosto 2022.

45. EVANS, A.; ABRAHAMSON, K. The influence of stigma on suicide bereavement: A systematic review. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services.** 2020, 58(4):21-27.

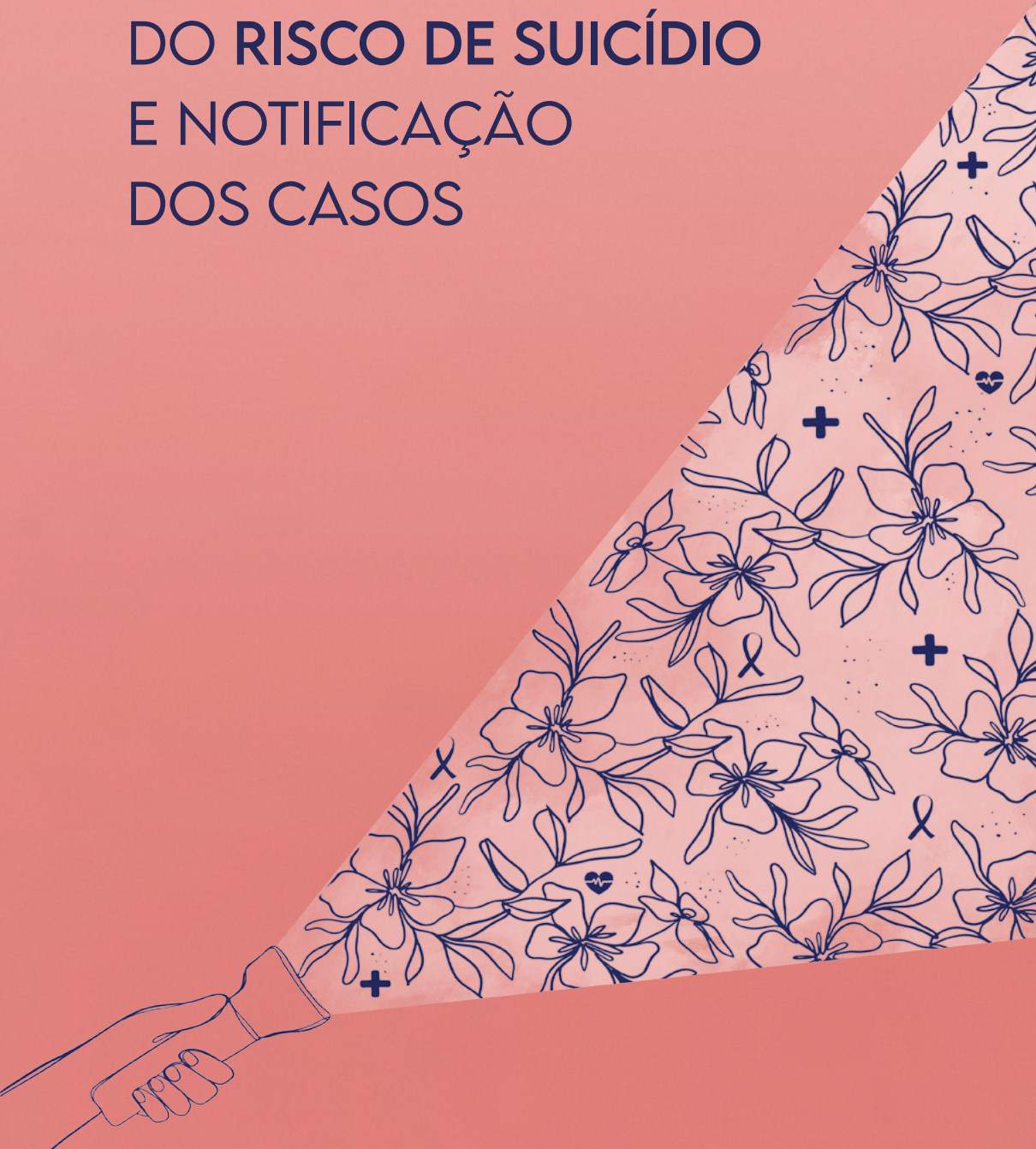
46. EDWARD, R.; DANA, G. Religion and Suicide: New Findings. **Journal of Religion and Health.** 2018, 57(6): 2478–2499. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10943-018-0629-8. Acesso em: 11 agosto 2022.

47. ROSSETTI, M. C.; TOSONE, A.; STRATTA, P.; COLLAZZONI, A.; SANTARELLI, V.; GUADAGNI, E.; ROSSI, A. Different roles of resilience in depressive patients with history of suicide attempt and no history of suicide attempt. **Brazilian Journal of Psychiatry**.2017, 39(3), 216–219. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2045 Acesso em: 11 agosto 2022.

48. BRASIL. Ministério da Saúde. **Suicídio**: Saber, agir e prevenir [*Internet*]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/suicidio_saber_agir_prevenir.pdf. Acesso em: 11 agosto 2022.

49. PEREIRA, C. C. M.; BOTTI, N. C. L. O suicídio na comunicação das redes sociais virtuais: revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.** 2017, (17), 17-24. Disponível em: https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000100003?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000100003. Acesso em: 11 agosto 2022.

CAPÍTULO 4

IDENTIFICAÇÃO DO **RISCO DE SUICÍDIO** E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

CAPÍTULO 4

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

Lorena Uchôa Portela Veloso
Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí e Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí

Fernando José Guedes da Silva Junior
Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza, Mestre e Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí, Pós-Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos e Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFPI

Isabela dos Santos Martin
Enfermeira, Mestre em Ciências e Especialista em Saúde Mental pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciência Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Kelly Graziani Giacchero Vedana
Enfermeira, Professora Livre Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciência Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Objetivo do capítulo: Apresentar e discutir estratégias para avaliação do risco de suicídio, condutas iniciais de cuidado e notificação em caso de violência autoprovocada.

O suicídio, fenômeno de etiologia multifatorial, traz em suas definições uma ideia central relacionada ao ato de terminar com a própria vida, e ideias periféricas relacionadas à motivação, intencionalidade e letalidade[1]. O comportamento suicida apresenta-se em um *continuum* que comumente se inicia com pensamentos autodestrutivos, passando por ameaças, gestos e tentativas de suicídio até ao desfecho fatal, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato[2].

Em termos epidemiológicos, a morte por suicídio é a segunda principal causa de mortalidade prematura em indivíduos de 15 a 29 anos e a terceira principal causa na faixa etária de 15 a 44 anos[3]. No Brasil, entre 2010 e 2019 houve 112.230 óbitos por suicídio, com aumento na taxa de mortalidade por suicídio de 5,24 para 6,65, respectivamente; destaca-se ainda nesse período o incremento de 81% na taxa de mortalidade por suicídio em adolescentes[4].

Ademais, não se pode desconsiderar que o contexto imposto pela pandemia de COVID-19 também tem contribuído de forma relevante para o aumento do risco de suicídio e consequentemente de seus indicadores, uma vez que todas as implicações sanitárias, econômicas e sociais que envolvem o aumento do desemprego, inflação no setor econômico, óbitos e sofrimento transmitidos diariamente nos diferentes meios de comunicação, fome e falta de contato físico por conta da necessidade de isolamento social, tudo isso tem contribuído para exacerbação da ansiedade, da tristeza e do estresse[5].

Nesse sentido, embora preocupantes, os dados epidemiológicos globais e nacionais revelam-se aquém da realidade, uma vez que o suicídio é um fenômeno reconhecidamente subnotificado, por razões estigmatizantes de ordem cultural e/ou religiosa, o que prejudica o reconhecimento da real dimensão do problema. Por outro lado, o panorama apresentado aponta para uma urgente e necessária reorganização dos processos de trabalho nos serviços de atenção à saúde, para que adotem estratégias abrangentes e adequadas à prevenção do comportamento suicida.

Entre essas estratégias, discorre-se sobre a implementação do gerenciamento do suicídio individualizado e colaborativo, que inclui a triagem de ideação ou comportamento suicida, a realização de avaliação do risco atual e criação de um plano terapêutico em colaboração com o paciente e quaisquer suportes envolvidos[6].

A avaliação do risco de suicídio tem a principal vantagem de orientar o manejo clínico e colocar as ações terapêuticas em ordem de prioridade, baseando-se nas condições de saúde e no grau de risco apresentado de forma particular por cada indivíduo. Nesse sentido, a avaliação do risco de suicídio oferece ao profissional uma oportunidade de engajamento terapêutico com os objetivos finais de aliviar o sofrimento e prevenir o suicídio[7].

Apresenta-se, no entanto, como desafio aos profissionais da saúde, o que faz com que boa parte dos indivíduos em situação de risco para o comportamento suicida não seja reconhecida e deixe de receber atenção adequada às suas necessidades de saúde. Assim, tem-se como objetivo deste capítulo apresentar estratégias para avaliação do risco de suicídio, condutas iniciais de cuidado e notificação em caso de violência autoprovocada para instrumentalizarmos profissionais para a realização da avaliação do risco de suicídio de forma a identificar fatores de risco/proteção, suporte social disponível e outras informações que possam apoiar a tomada de decisão em relação às condutas iniciais.

ESTRATÉGIAS PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

A avaliação de risco do suicídio visa identificar a existência de ideação suicida, caracterizar a gravidade de tentativas anteriores e da ideação suicida atual, identificar

fatores de risco e fatores protetores, caracterizar o suporte social, identificar a existência de diagnóstico psiquiátrico de base e obter outras informações que possam subsidiar a terapêutica inicial e garantir a inserção do paciente em serviços da rede de saúde mental[8].

A recomendação proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é que todos os indivíduos com mais de 10 anos de idade com algum transtorno mental, conflito interpessoal, eventos estressantes recentes ou outro fator de risco para suicídio devam ser questionados sobre pensamentos ou planos de violência autoprovocada[9]. *The Joint Comission* (instituição americana), desde 2019, indica que todos os indivíduos atendidos por problemas emocionais/comportamentais/transtornos mentais em hospitais psiquiátricos ou de urgência devem ser rastreados para ideação suicida com uma ferramenta de triagem validada, e diante de uma triagem positiva, requere-se a avaliação do risco de suicídio baseado em evidências[10]. Considerando que muitos pedidos de ajuda relacionados ao suicídio são inespecíficos e ocorrem em serviços não especializados, é recomendável realizar uma triagem universal para rastreamento de sinais de alerta para o risco de suicídio e, na presença de indicativos de risco, prosseguir com uma avaliação detalhada.

A avaliação do risco de suicídio não é tarefa simples, haja vista seu caráter multifatorial e dinâmico. Coadunando-se a esta ideia, destaca-se que a avaliação do risco de suicídio não é uma predição (impossibilidade de prever se a pessoa irá tirar a própria vida), mas permite identificar naquele momento um padrão de eventos e situações que impactam a vida do indivíduo e que se apresentam como fatores de risco ou sinais de alerta para o suicídio[7].

Inúmeros fatores contribuem para o risco de suicídio e podem ser divididos em fatores distais e proximais. Fatores distais podem incluir genética, características de personalidade como impulsividade e agressividade, circunstâncias pré-natais e perinatais, traumas na infância e distúrbios neurobiológicos. Os fatores de risco proximais podem incluir transtornos mentais, doença física incapacitante ou terminal, eventos estressantes recentes (como perda de emprego, dificuldades financeiras), processo de luto recente, isolamento social, uso de substâncias, disponibilidade de meios letais e exposição a comportamento suicida[11-13]. Fatores de risco proximais atuam como gatilhos ou precipitantes quando combinados com fatores de risco distais, aumentando assim o risco de suicídio[14].

Nesse contexto, estudiosos abordam que a melhor forma de avaliação é por meio do uso da entrevista clínica, uma vez que, além da identificação do risco, permite o apoio emocional necessário, o estabelecimento de vínculos, além da coleta de informações[15]. Entretanto, a maioria dos profissionais de saúde considera-se incapacitada para promover identificação, avaliação e intervenção adequada à pessoa com comportamento suicida[6,16].

O uso de instrumentos de avaliação de risco de suicídio com propriedades psicométricas fortes pode aumentar a capacidade de reconhecimento de indivíduos em risco, ao facilitar uma escuta qualificada por profissionais com menos experiência clínica e que não possuem a expertise na área[17,18]. Esses instrumentos podem, por exemplo, ser incluídos em um protocolo padronizado para a abordagem da triagem para o risco de suicídio.

Revisão sistemática, realizada em 2018, aponta 16 instrumentos com fortes propriedades psicométricas que realizam a avaliação do risco de suicídio: *Beck Scale for Suicide Ideation, Patient Health Questionnaire-9, como os mais utilizados; Suicidal Behaviors Questionnaire—Revised, Interpersonal Needs Questionnaire, Adult Suicidal Ideation Questionnaire, Suicidal Ideation Scale, Scale for Suicide Ideation, Suicide Probability Score, Acquired Capability for Suicide Scale , Hopelessness Depression Symptom Questionnaire—Suicidality Subscale, Beck Depression Inventory-II, Beck Depression Inventory —Fast Screen, Patient Health Questionnaire -9, Telephone-Linked Communication Patient Health Questionnaire – 9, Sheehan Suicidality Tracking Scale, Self-Injury Implicit Association Test, Reasons for Living Inventory*[17]. Existem ainda outros instrumentos amplamente utilizados, cada qual com vantagens e limitações distintas.

A Escala de Ideação Suicida de Beck, criada em 1979, é um instrumento de autoavaliação capaz de identificar a gravidade da ideação suicida, composta por 21 itens pontuados em escala de 0 a 3, com variação de escore de 0-38, calculado pela soma dos primeiros 19 itens. As contagens altas indicam um maior risco de ideação suicida e os itens individuais podem ser usados como subsídios para a identificação da ideação suicida ativa, ideação suicida passiva e tentativa de suicídio anterior. Trata-se de instrumento de uso clínico restrito a profissionais psicólogos, podendo ser utilizado por outros profissionais para fins de pesquisa[19]. Trata-se de uma escala que precisa ser adquirida mediante compra.

O *Patient Health Questionnaire-9* é um instrumento amplamente utilizado com aplicação relativamente rápida. Contudo, seu enfoque não é o detalhamento do risco de suicídio, mas a avaliação de sintomas de episódios de depressão maior: humor deprimido, anedonia, problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas. É possível seu acesso a partir de uma versão disponível *online* (http://www.phqscreeners.com). A frequência de cada sintoma nas duas últimas semanas é avaliada em uma escala *Likert* de 0 a 3 correspondendo às respostas "nenhuma vez", "vários dias", "mais da metade dos dias" e "quase todos os dias", respectivamente. O questionário ainda inclui uma décima pergunta que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias, como trabalhar e estudar[20].

Outro instrumento de avaliação do risco de suicídio em destaque é o índice *Nurses Global Assessment of Risk Suicide* (NGARS), concebido no Reino Unido[21] e recentemente validado para a população brasileira[22], voltado para o uso por profissionais enfermeiros durante a consulta de enfermagem, constituído por 15 itens de pontuação simples, que contemplam variáveis preditivas para o comportamento suicida, permitindo a classificação em quatro níveis de risco de suicídio, que devem servir de parâmetro para a tomada de decisão acerca da intervenção necessária: baixo risco (pontuação menor ou igual a cinco); risco intermediário (pontuação entre 6 e 8), risco elevado (pontuação entre 9 e 11) e risco muito elevado (pontuação maior ou igual a 12).

Duas formas distintas de uso vêm sendo utilizadas: como enfoque para o desenvolvimento de uma entrevista centrada, que utiliza as variáveis chaves como um guia explorando os contextos pessoais, interpessoais e sociais, numa tentativa de esclarecer as variáveis que efetivamente afetam a pessoa; ou nas situações em que o indivíduo não é capaz ou não colabora na entrevista, recorrendo-se ao NGASR como base para análise da situação e organização de informação complementar para clarificar a influência da presença ou ausência de variáveis chaves[23].

Trata-se de instrumento curto e de fácil aplicação durante a consulta de enfermagem, o que lhe confere a característica de praticidade do uso, podendo inclusive ser inserido em prontuários eletrônicos como instrumento de anamnese. O seu uso favorece intervenções de Enfermagem mais seguras e consentâneas às necessidades de cada indivíduo, ao passo que a apropriação dessa ferramenta, além de contribuir para a qualificação da atenção a pessoas em risco de comportamento suicida, por meio de uma abordagem mais compreensiva, possibilita maior visibilidade para a prática profissional[22].

Figura 1 - Versão traduzida e adaptada para a população brasileira da Nurses Global Assessment Risk Suicide.

Variável preditiva	**Pontuação**
Presença de desesperança, por exemplo, perda de esperança no futuro, perda de sentido da vida, falta de perspectivas atuais	3
Acontecimento estressante recente, por exemplo, perda do emprego, dificuldades socioeconômicas, ação judicial pendente, acidentes	1
História de psicose (presença de vozes/crenças persecutórias)	1
Presença de sintomas depressivos (tristeza/ perda de interesse ou perda de prazer em realizar atividades diárias)	3
Presença de comportamentos de isolamento social	1
Aviso de intenção suicida/ideação suicida	2
Presença de plano de suicídio	3
Presença de história familiar de problemas psiquiátricos graves e/ou suicídio	1
Presença de sofrimento por morte de ente querido (processo de luto recente) ou fim de relacionamento	1
História de violências interpessoais (física, psicológica, sexual)	1
Viúvo/viúva ou viver sozinho	1
Tentativa anterior de suicídio	3
História de preconceito (questões étnicas/sexuais/sociais/religiosas)	1
História pessoal de uso/ abuso de álcool e/ou outras drogas	1
Presença de doença terminal ou incapacitante	1
Níveis de risco: Pontuação 0-5 = risco baixo Pontuação 6-8 = risco intermediário Pontuação 9-11 = risco elevado Pontuação igual ou superior a 12: risco muito elevado	

Ressalta-se ainda a possibilidade de identificação da chamada síndrome de crise suicida (SCS), estado mental agudo que precede uma tentativa de suicídio. Entre suas características-chaves têm-se: o sentimento avassalador de “desesperança ou aprisionamento” e um desejo de escapar ou evitar uma situação insuportável da qual a fuga é percebida como impossível; perturbação afetiva (sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, anedonia aguda ou dor emocional); perda de controle cognitivo (manifestada por ruminações, rigidez cognitiva, supressão de pensamentos ou inundações ruminativas); hiperexcitação (manifestada por agitação, hipervigilância, irritabilidade ou insônia); e retraimento social (manifestado por isolamento social ou comunicação evasiva) [24-25].

Proposta interessante é apresentada no Guia de avaliação e manejo do risco de suicídio do Departamento Veteranos dos Estados Unidos[26], o qual se propõe a auxiliar no gerenciamento do risco por meio de algoritmo projetado para facilitar a compreensão dos fatores de risco e processos de tomada de decisão no manejo dos casos identificados,

o qual inclui: sequência ordenada de etapas de atendimento; observações e exames recomendados; decisões a serem consideradas; ações a serem tomadas. Uma versão reduzida e de fácil compreensão está disponível *online* em: (https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADoDSuicideRiskCPGPocketCardFinal5088212019.pdf) e pode ser adaptada a nosso contexto sociocultural.

Cabe destacar que a avaliação do risco de suicídio requer uma abordagem empática e humanizada, livre de julgamentos, comunicação eficaz, com acolhimento e escuta, que visa construir uma relação de vínculo e engajamento para o tratamento, levando em consideração as necessidades e preferências de cada indivíduo de forma particular.

Ressalta-se ainda que a avaliação do risco de suicídio representa o estado da pessoa em determinado momento, como se fosse uma fotografia, e pode oscilar ao longo do tempo, conferindo a ele caráter dinâmico, o que exige sua reavaliação periódica. Nesse sentido, sugere-se especificamente três passos para o monitoramento contínuo: triagem breve para mudanças no nível de risco; mitigação de sinais de alerta imediatos; e desenvolvimento ou engajamento em fatores de proteção[27].

Embora os instrumentos foquem nos fatores de risco, como visto anteriormente, a identificação de fatores de proteção é parte importante dessa avaliação de risco do suicídio. Fatores de proteção são características pessoais (como autoestima e autoeficácia) ou do meio em que se está inserido (como amizade, relacionamentos familiares, habilidades sociais, e rede de apoio); não atuam isoladamente, mas interagem para auxiliar na alteração do comportamento, desenvolvendo uma experiência de proteção às situações de risco e auxiliando na solução dos problemas[28]. Deve incluir-se ainda questionamentos sobre as respostas de enfrentamento do indivíduo frente a eventos estressantes e estados emocionais angustiantes, de forma a fornecer um senso de estratégias adaptativas e mal-adaptativas e seu efeito sobre o aumento ou diminuição do risco de suicidio[29].

Nesse sentido, elenca-se, a seguir, alguns pontos importantes para a avaliação do risco de suicídio e a compreensão da gravidade da situação[15,27-30]:

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

- Realizar a interação em ambiente privativo, sem interrupções e que deixe a pessoa à vontade para expor o que está acontecendo;
- oferecer a interação em momento com tempo suficiente para abordagem;
- estabelecer relação terapêutica de confiança, empatia, autenticidade e respeito;
- abordar a pessoa de maneira calma, aberta, transmitindo aceitação e desejo de ajudar, ausente de julgamento e atento para as expressões não verbais;

- forneça à pessoa uma explicação de sua função e o propósito da avaliação que minimizará sentimentos de incerteza e ansiedade;
- abordar o assunto de modo gradual, utilizando questões abertas que estimulem a comunicação entre entrevistado/entrevistador, evitando, assim, respostas curtas como "sim e não";
- acolher a pessoa de modo integral, cuidadoso e individualizado, encorajando o reconhecimento e a expressão de sentimentos, de acordo com suas necessidades e angústias, favorecendo a compreensão do que está acontecendo.

SINAIS DE ALERTA

- Atentar-se para frases de alerta, que podem indicar necessidade de escuta, acolhimento;
- atentar-se para desinteresse pelo próprio bem-estar, necessidade de colocar em ordem assuntos pessoais, alterações nos padrões comportamentais e/ou reações a datas de aniversários;
- estar atento a mensagens não verbais.

SINAIS, SINTOMAS E COMPORTAMENTOS A SEREM AVALIADOS

- Dor emocional (como é e como está se manifestando);
- agitação;
- comportamento impulsivo;
- desesperança;
- raiva de si mesmo;
- perdas inesperadas e muito impactantes;
- diagnóstico de depressão;
- frustração;
- comportamento de isolamento social;
- autodepreciação (baixa autoestima, raiva de si mesmo, culpa);
- investigar acontecimentos estressores (recentes ou tardios);
- presença de ideação suicida (frequência, momentos, intensidade, estado atual);
- investigar o quanto é difícil resistir à ideação suicida;
- presença de planos suicidas e suas características (determinação, método(s), exequibilidade, acesso aos meios, período);
- investigar outros comportamentos de risco associado (uso de substâncias psicoativas, exposição a situações de risco);
- investigar tentativas de suicídio prévias;
- investigar presença de transtornos mentais e sintomas psicóticos;

- conhecer as expectativas e o significado do comportamento suicida para a pessoa, como solução de problemas ou alívio de sentimentos;
- avaliar presença de sentimentos de ambivalência entre viver e morrer;
- rigidez cognitiva (perspectiva da morte como a única solução);
- avaliar se a pessoa tem desejo e esperança de ser ajudada;
- investigar fatores de proteção e as potencialidades do indivíduo;
- avaliar a qualidade da rede de apoio disponível para colaborar com a pessoa em crise.

COMPORTAMENTOS A SEREM EVITADOS DURANTE A ABORDAGEM

- Não abordar a pessoa de forma inquisitória, mecânica ou excessivamente diretiva, evitando um cuidado prescritivo;
- não fazer críticas, julgamentos ou desafios a pessoa;
- não impedir a pessoa de expor seus pensamos, sentimentos, vivências prévias relacionadas ao suicídio;
- não encorajar na busca por culpados;
- não fazer promessas de sigilo absoluto;
- evitar expor informações sobre a situação com pessoas que não estejam colaborando na rede de suporte;
- não fazer promessas que não pode cumprir;
- não se apressar;
- não tomar decisões pela pessoa ou oferecer soluções simplistas para os problemas que ela vivencia. A pessoa pode ser estimulada a, gradualmente, olhar para si e para seus recursos e buscar meios para lidar com a difícil situação que está vivendo.

NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

Caso o profissional identifique a presença de violência autoprovocada (automutilação/tentativa de suicídio) é necessário proceder quanto à sua notificação aos órgãos competentes. Desde a entrada em vigor da Portaria nº 104/2011[31], a violência autoprovocada foi incluída no rol da Lista Nacional de Agravos de Notificação, como notificação obrigatória e a partir de 2014, com a edição da Portaria nº 1.271/2014, as tentativas de suicídio passaram a ser de notificação imediata (em até 24 horas), com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos[32]. Tal conduta foi reafirmada pela Lei nº 13.819/2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e pelo Decreto nº 10.225/2020, que a regulamenta, trazendo em seus dispositivos profissionais de estabelecimentos de

saúde públicos e privados, assim como de instituições de ensino públicas e privadas, como responsáveis pela notificação obrigatória da violência autoprovocada[33-34].

Para operacionalização da notificação, são necessárias as fichas de notificação identificadas com número de série, ficha de investigação de violência interpessoal/autoprovocada e ficha de investigação de intoxicação exógena, para casos em que o meio de agressão utilizado seja envenenamento/intoxicação. Alguns pontos importantes devem ser destacados no preenchimento dessas fichas, a fim de garantir uma boa qualidade dos dados:

- Evitar deixar espaço em branco e evitar usar a opção "ignorado".
- Destaque para os itens 36 e 37 que tratam sobre orientação sexual e identidade de gênero. São itens comumente deixados em branco, muitas vezes em razão de tabu e questões culturais, e que dificultam a avaliação epidemiológica do comportamento suicida nessa população específica.
- Atenção para o item 53, o qual irá caracterizar o caráter repetitivo das autolesões.
- A violência será identificada pela marcação da opção "sim" no item 54.
- O item 56 deverá ser obrigatoriamente preenchido com "sim" na opção "outros", oportunidade em que não se deve deixar de definir o tipo de violência autoprovocada a ser notificado (automutilação ou tentativa de suicídio).
- O item 60 (número de envolvidos) deverá ser preenchido com a opção 1 (um).
- No item 61 deverá ser marcado com "sim" a opção "própria pessoa".
- Em caso de uso da ficha de intoxicação exógena, no item 55 (circunstância da exposição/contaminação), deverá ser utilizada a opção 10 para a caracterização da violência provocada.
- Para cada novo episódio, deverá proceder-se uma nova notificação (independente do intervalo de tempo).

CONDUTAS PARA PRÁTICA CLÍNICA HUMANIZADA

Como parte da avaliação de risco, a instituição da terapêutica inicial e o referenciamento para serviços especializados em casos necessários é um ponto importante que não deve ser negligenciado pelos profissionais de saúde no manejo do comportamento suicida. Como primeiras medidas a serem tomadas, pode-se destacar[15,27-30]:

- Promover a segurança (supervisão e restrição de acesso a meios de autolesão), em caso de risco grave para o suicídio.
- Auxiliar a pessoa no pedido de ajuda, identificando formas assertivas de expressão de necessidades.
- Ser proativo.

- Ajudar a pessoa a ver seus pontos fortes (por exemplo, reforçar que a escolha de procurar ajuda foi boa), validar seus sentimentos e ajudá-lo a recuperar o controle.
- Fortalecer e identificar a rede de apoio, se possível sob consentimento da pessoa.
- Evitar práticas coercivas e, sempre que possível, obter o consentimento da pessoa para as ações a serem tomadas.
- Demonstrar que aceita o desejo da pessoa de não sentir dor e transmitir o desejo de apoiá-la a encontrar alternativas saudáveis para lidar com a dor.
- Pensar, junto com a pessoa, em caminhos terapêuticos e meios saudáveis para lidar com o sofrimento.
- Quando apropriado e com o conhecimento e consentimento da pessoa, envolver família, amigos e outros na avaliação de risco e tratamento do comportamento relacionado ao suicídio; monitoramento e intervenções podem ser essenciais para a garantia da segurança, como impedindo o acesso aos meios e incentivando o cumprimento das recomendações de tratamento.
- Estabelecer um plano de acompanhamento para que o cuidado possa ser continuado.

Entre as ações a serem adotadas, destacam-se os planos de segurança, listas de estratégias prioritárias personalizadas para o enfrentamento e fontes de suporte social/emocional a serem utilizadas antes ou durante uma crise suicida. As etapas para criar um plano de segurança incluem: reconhecimento de sinais de aviso; identificação de estratégias internas de enfrentamento; identificação de suportes interpessoais como meio de distração de pensamentos ou impulsos desagradáveis; contato com pessoas significativas para ajudar a resolver a crise; contato com serviços de saúde que possuem vínculo de cuidado; reduzir o acesso potencial a meios letais[35-36]. O planejamento de segurança está associado à redução do comportamento suicida e ao aumento do envolvimento com o tratamento entre os pacientes em risco de suicídio e pode ser uma ferramenta valiosa em uma variedade de ambientes clínicos[37].

Pode lançar-se mão dos chamados cuidados colaborativos, modelos custo-efetivos que colocam os serviços de saúde mental no cenário da atenção primária e contribuem para o manejo do comportamento suicida em serviços generalistas. No Brasil, esse modelo é denominado apoio matricial, tecnologia de arranjo organizacional que viabiliza suporte técnico e pedagógico para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção primária, incluindo-se no rol de atividades atendimentos e intervenções conjuntas entre trabalhadores da equipe matricial e os da equipe de referência[38].

Ainda inserida nas intervenções iniciais como parte essencial da avaliação de risco, a psicoeducação baseada em evidências é considerada um modelo psicoterapêutico

padrão ouro a ser utilizado junto a pessoas em risco para comportamento suicida. Ela se utiliza dos pressupostos de importante pesquisador na área quando afirma que não são as situações da nossa vida que alteram nossas emoções, essa responsabilidade é dos nossos pensamentos, pois eles são os filtros que nossa mente usa para interpretar o mundo[19]. Nesse sentido, é fundamental auxiliar o indivíduo a ter consciência de seus padrões de pensamentos automáticos, gatilhos mentais e distorções cognitivas, possibilitando uma quebra de comportamentos disfuncionais, como comportamento suicida.

Além disso, recomenda-se o uso da flexibilidade cognitiva – intervenção que possui três pilares de sustentação: autocompaixão, humanidade compartilhada e *mindfulness,* que pode ser traduzido como consciência no aqui e agora. Todos esses pilares auxiliam a promover qualidade de vida e servem como recursos para que o indivíduo lide com seu sofrimento, enfraquecendo o ciclo de manutenção psicológico do comportamento suicida[39-40].

Intervenções terapêuticas breves baseadas em telefonemas e/ou mensagens de apoio vêm demonstrando eficácia para a mitigação do risco de suicídio, uma vez que o contato de acompanhamento deve ser imperativo. Evidências recentes apontam que intervenções breves com base em mensagens de texto ou telefonemas de acompanhamento demonstram potencial de reconectar indivíduos suicidas com serviços de apoio a crises enquanto eles experimentam a crise suicida, estando associada a menor probabilidade de comportamento suicida, particularmente durante os primeiros 6 meses após alta do serviço de emergência após tentativa de suicídio[41,42,43]. A implementação do planejamento de segurança com pelo menos dois telefonemas de acompanhamento está associada a uma redução nas tentativas de suicídio e melhora no engajamento ao tratamento em pacientes que tentaram suicídio[37].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de toda a discussão apresentada, faz-se imperativo que os trabalhadores da saúde sejam qualificados para rastreamento de pessoas em situação de risco para comportamento suicida, realização das condutas e notificação dos casos. Afinal, estes profissionais têm lidado com indivíduos nessa condição rotineiramente sendo, portanto, o processo de identificação das pessoas em risco e a oferta de um cuidado longitudinal a essas pessoas fundamental para a manutenção da vida.

QUADRO SÍNTESE

A avaliação de risco do suicídio visa identificar a existência de ideação suicida, caracterizar a gravidade de tentativas anteriores e da ideação suicida atual, identificar fatores de risco e fatores protetores, caracterizar o suporte social, identificar a existência de diagnóstico psiquiátrico de base, instituir terapêutica inicial para as condições de base e garantir a inserção do paciente em serviços da rede de saúde mental.
A melhor forma de avaliação é por meio do uso da entrevista clínica, uma vez que, além da identificação do risco, permite o apoio emocional necessário, o estabelecimento de vínculos, além da coleta de um grande número de informações. Profissionais com pouca experiência clínica podem utilizar de instrumentos de avaliação de risco de suicídio padronizados, como o BSI, PHQ-9 e NGARS, para facilitar uma escuta qualificada e abordagem de qualidade.
Alguns pontos devem ser levados em consideração na abordagem ao paciente: • Realizar a interação em ambiente privativo, sem interrupções, com tempo adequado que permita à pessoa expor o que está acontecendo, abordando o assunto de modo gradual, utilizando questões abertas que estimulem a comunicação entre entrevistado/entrevistador. • Atentar-se para frases de alerta, que podem indicar necessidade de escuta, acolhimento. • Sinais e sintomas a serem avaliados: dor emocional, comportamento impulsivo, desesperança, perdas inesperadas e muito impactantes, sintomatologia depressiva, frustração, comportamento de isolamento social, autodepreciação, presença de acontecimentos estressores, presença de ideação suicida, presença de planos suicida, uso de substâncias psicoativas, investigar tentativas de suicídio prévias, rigidez cognitiva.
A notificação da violência autoprovocada é obrigatória em casos suspeitos ou confirmados de automutilação/tentativa de suicídio. Atentar-se para o preenchimento com "sim" na opção "outros" do item 56, com a definição do tipo de violência autoprovocada a ser notificado (automutilação ou tentativa de suicídio).

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

CASO PRÁTICO

Diante do que foi discutido neste capítulo, façamos uma reflexão diante de um caso prático:

A.P.M. comparece à Unidade Básica de Saúde próxima à sua residência com queixas vagas de cefaleia persistentes (trata-se de sua terceira ida ao serviço em menos de duas semanas). Ao ser questionada sobre problemas emocionais, ela inicia choro informando que sente uma tristeza profunda, falta de interesse em realizar atividades antes prazerosas, insônia e perda de peso (mesmo sem fazer dieta). Ela informa que se sente desamparada pela família. Não tem amigos próximos. Recentemente sofreu um problema financeiro decorrente de um golpe de familiar próximo (sic), o qual vem lhe preocupando, pois encontra-se cheia de dívidas. Informa sofrer discriminação pela sua orientação sexual. Relata que há 6 meses foi internada por tentativa de suicídio.

Nesse caso o primeiro ponto a destacar é a necessária abordagem empática ao abordar o sofrimento psíquico presente na história da paciente, uma vez que ela se apresentou repetidas vezes no serviço e não houve abertura para o acolhimento relacionado às queixas mentais anteriormente. A avaliação de risco deve iniciar por entender o contexto em que as situações relatadas aconteceram e de como impactou/impacta a vida da paciente,

para só depois se indagar sobre a presença de ideação suicida. Pelo relato espontâneo, é possível identificar diversos fatores de risco para o suicídio: sintomatologia depressiva (humor deprimido/anedonia/alterações de sono e apetite), sentimento de desamparo, isolamento social, evento estressante recente (o qual pode estar vinculado às queixas somáticas), histórico de discriminação relacionado a questões sexuais, histórico de tentativa de suicídio.

Frente à necessidade do profissional em trazer mais segurança nesse momento de avaliação de fatores de risco, ele pode utilizar de instrumento padronizado e verificar quais pontos ainda não foram relatados ou que precisam ser aprofundados, como, por exemplo, a presença de desesperança, planejamento suicida e uso de substâncias. Indica-se que as perguntas devam ser feitas de forma empática e não como um roteiro de entrevista que condiciona respostas curtas. O uso do instrumento pode facilitar a avaliação quanto à gravidade do risco de suicídio de forma a direcionar a tomada de decisão quanto às ações. Ressalta-se a importância de identificar ainda o histórico pregresso, se já houve o diagnóstico e/ou tratamento de transtornos mentais anteriormente, assim como alguma situação de vulnerabilidade social.

Deve-se lembrar que a avaliação de risco não se encerra com a identificação dos fatores de risco, devendo proceder-se a identificação dos fatores de proteção e suporte social, além de iniciar terapêuticas iniciais, como a elaboração do plano de segurança e o referenciamento a outros serviços da rede de atenção à saúde caso necessário. Cabe destacar, nesse caso em específico, a previsibilidade de contato de acompanhamento pela equipe de saúde, para garantir-se a manutenção do vínculo e monitoramento da evolução do risco e adesão ao tratamento indicado.

REFERÊNCIAS

1. BOTEGA, N. J. **Crise suicida:** avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.

2. CHA, C. B.; FRANZ, P. J.; GUZMÁN, E. M.; GLENN, C. R.; KLEIMAN, E. M; NOCK, M. K. Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. **J Child** Psychol Psychiatry. 2018 Apr;59(4):460-482. Doi: 10.1111/jcpp.12831.

3. WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Suicide worldwide in 2019 [*Internet*]. Genebra; 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643. Acesso em: 09 fev. 2021.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico 33**. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Brasília; 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 11 agosto 2022.

5. SANTOS, K. M. R. et al. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. **Esc. Anna. Nery.** 25 (spe), 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-

EAN-2020-0370. Acesso em: 10 agosto 2022.

6. WEBER, A. N.; MICHAIL, M.; THOMPSON, A.; FIEDOROWICZ, J. G. Psychiatric emergencies: Assessing and managing suicidal ideation. **Med Clin North Am**. 2017;101(3):553-571. Doi: 10.1016/j.mcna.2016.12.006.

7. RYAN, E. P.P.; OQUENDO, M. A. Suicide risk assessment and prevention: Challenges and opportunities. **Focus**. 2020;18(2). Doi: https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200011 Acesso em: 11 agosto 2022.

8. DEL-BEN, C. M.; SPONHOLZ-JUNIOR, A.; MANTOVANI, C.; FALEIROS, M. C. de M.; OLIVEIRA, G. E. C. de; GUAPO, V. G.; MARQUES, J. M. de A. Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. **Medicina (Ribeirão Preto).** 2017;50(supl.1):98-112. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127543. Acesso em: 11 agosto 2022.

9. WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide**: a global imperative. Genebra; 2021.

10. THE JOINT COMISSION. **National Patient Safety Goal for suicide prevention.** R3 Report - Requirement, Rationale, Reference, issue 18. Washington, DC, 2019.

11. CZEISLER, M. E.; LANE, R. I.; PETROSKY, E, et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic - United States, June 24-30, 2020. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.** 2020;69:1049–1057. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7440121/. Acesso em: 11 agosto 2022.

12. AHMEDANI, B. K.; SIMON, G. E.; STEWART, C. et al. Health care contacts in the year before suicide death. **J Gen Intern Med.** 2014 June; 29(6):870–877.

13. BRIERE, J.; KWON, O.; SEMPLE, R. J.; GODBOUT, N. Recent Suicidal Ideation and Behavior in the General Population: The Role of Depression, Posttraumatic Stress, and Reactive Avoidance. J Nerv Ment Dis. 2019 May;207(5):320-325. Doi: 10.1097/NMD.0000000000000976. PMID: 30958420.

14. MANN, J. J.; WATERNAUX, C.; HAAS, G. L.; MALONE, K. M. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. **Am J Psychiatry**. 1999 Feb;156(2):181-9. Doi: 10.1176/ajp.156.2.181. PMID: 9989552.

15. BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev Bras Psiquiatr.** 2010;32(2):S87-S95. Dispoível em: https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005. Acesso em: 11 agosto 2022.

16. LEAHY, D.; SCHAFFALITZKY, E.; SAUNDERS, J.; ARMSTRONG, C.; MEAGHER, D.; RYAN, P., et al. Role of the general practitioner in providing early intervention for youth mental health: a mixed methods investigation. **Early Interv Psychiatry.** 2018 Apr;12(2):202-216. Doi: 10.1111/eip.12303.

17. KREUZE, E.; LAMIS, D. A. A Review of Psychometrically tested instruments assessing suicide risk in adults. **Omega (Westport).** 2018 May;77(1):36-90. Doi: 10.1177/0030222816688151.

18. O'CONNOR, E.; GAYNES, B. N.; BURDA, B. U.; SOH, C.; WHITLOCK, E. P. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. **Ann Intern Med.** 2013 May 21;158(10):741-54. Doi: 10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00642.

19. CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

20. SANTOS, I. S.; TAVARES, B. F.; MUNHOZ, T. N.; ALMEIDA, L. S. P.; SILVA, N. T. B; TAMS, B. D. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cad Saúde Pública** 2013;29(8):1533-43. Doi: https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612 Acesso em: 11 agosto 2022.

21. CUTCLIFFE, J. R.; BARKER, P. The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. **J Psychiatr Ment Health Nurs**. 2004 Aug;11(4):393-400. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2003.00721.x.

22. VELOSO, L. U. P.; MONTEIRO, C. F. S.; SANTOS, J. C. Validação de conteúdo para versão brasileira do Nurses Global Assessment Risk of Suicid. **Texto Contexto Enferm**. 2021; 30. Doi: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0330 Acesso em: 11 agosto 2022.

23. FAÇANHA, J.; SANTOS, J.C.; CUTCLIFFE, J. Assessment of suicide risk: Validation of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk Index for the portuguese population. **Archives of Psychiatric Nursing**, 2016;30(4):470-5. Doi: https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.04.009. Acesso em: 11 agosto 2022.

24. SCHUCK, A.; CALATI, R.; BARZILAY, S.; BLOCH-ELKOUBY, S.; GALYNKER, I. Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. **Behav Sci Law.** 2019 May;37(3):223-39. Doi: 10.1002/bsl.2397.

25. COHEN, L. J.; ARDALAN, F.; YASEEN, Z, et al. Suicide crisis syndrome mediates the relationship between long-term risk factors and lifetime suicidal phenomena. **Suicide Life Threat Behav.** 2018;48:613–623. Doi: 10.1111/sltb.12387.

26. BRENNER, L. A.; BAHRAINI, N.; CHRISTOPHER, M.; DOBSCHA, S. K.; GAMBLE, S.; HOPMAN, T., et al. **VA/DoD clinical practice guideline for the assessment and management of patients at risk for suicide**. 2019. Disponível em: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADoDSuicideRiskFullCPGFinal5088212019.pdf. Acesso em: 11 agosto 2022.

27. PERLMAN, C. M.; NEUFELD, E.; MARTIN, L.; GOY, M.; HIRDES, J. P. S**uicide Risk Assessment Inventory**: A Resource Guide for Canadian Health care Organizations. Toronto, 2011.

28. PEREIRA, A. S.; WILLHELM, A. R.; KOLLER, S. H.; ALMEIDA, R. M. M. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciênc. Saúde Colet.** 2018;23(11):3767-77. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016 Acesso em: 11 agosto 2022.

29. ZORTEA, T. C.; CLEARE, S.; MELSON, A. J.; WETHERALL, K.; O'CONNOR, R. C. Understanding and managing suicide risk. **British Medical Bulletin.** 2020;134(1):73–84 Doi: 10.1093/bmb/ldaa013.

30. KAR RAY, M.; WYDER, M.; CROMPTON, D.; KOUSOULIS, A. A.; ARENSMAN, E.; HAFIZI, S.; VAN BORTEL, T.; LOMBARDO, C. Protect: Relational safety based suicide prevention training frameworks. **Int J Ment Health Nurs**. 2020 Jun;29(3):533-543. Doi: 10.1111/inm.12685.

31. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104 de 25 de Janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html Acesso em: 02 jun. 2022.

32. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271 de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde

públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html Acesso em: 02 jun. 2022.

33. BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.819, de 26 de Abril de 2019**. Institui a Politica Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municipios; e altera as Lei nº 9.656, de 3 de Junho de 1998. Brasília, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm. Acesso em: 10 agosto 2022.

34. BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 10.225, de 5 de Fevereiro de 2020**. Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. Brasília, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10225.htm Acesso em: 10 agosto 2022.

35. KING, C. A.; HORWITZ, A.; CZYZ, E.; LINDSAY, R. Suicide risk screening in healthcare settings: Identifying males and females at risk. **J Clin Psychol Med Settings**. 2017;24(1):8-20. doi:10.1007/s10880-017-9486-y.

36. WILCOX, H. C.; WYMAN, P. A. Suicide prevention strategies for improving population health. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.** 2016 Apr;25(2):219-33. Doi: 10.1016/j.chc.2015.12.003.

37. STANLEY, B.; BROWN, G. K.; BRENNER, L. A.; GALFALVY, H. C.; CURRIER, G. W.; KNOX, K. L., et al. Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. **JAMA Psychiatry.** 2018 Sep 1;75(9):894-900. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1776.

38. LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface**. 2016;20(58): 625-35. Doi: https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0389. Acesso em: 10 agosto 2022.

39. CRASTA, D.; DAKS, S.; ROGGE, D. Modeling suicide risk among parents during the COVID-19 pandemic: Psychological inflexibility exacerbates the impact of COVID-19 stressors on interpersonal risk factors for suicide. Journal of Contextual Behavioral Science. 2020;18(1):117-27. Doi: https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.003 Acesso em: 10 agosto 2022.

40. GILBERT, P. **Compassion Focused Therapy.** 2nd ed. Paderborn: Junfermann; 2020.

41. INAGAKI, M.; KAWASHIMA, Y.; YONEMOTO, N.; YAMADA, M. Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. **BMC Psychiatry.** 2019 25;19(1):44. Doi: 10.1186/s12888-019-2017-7.

42. BERROUIGUET S.; LARSEN, M. E.; MESMEUR, C.; GRAVEY, M.; BILLOT, R.; WALTER, M. et al. Toward Health Brief Contact Interventions in Suicide Prevention: Case Series From the Suicide Intervention Assisted by Messages (SIAM) Randomized Controlled Trial. **JMIR Mhealth Uhealth.** 2018 10;6(1):e8. Doi: 10.2196/mhealth.7780.

43. LARSEN, M. E.; SHAND, F.; MORLEY, K.; BATTERHAM, P. J.; PETRIE, K.; REDA, B.; BERROUIGUET, S.; HABER, P. S.; CARTER, G.; CHRISTENSEN, H. A Mobile Text Message Intervention to Reduce Repeat Suicidal Episodes: Design and Development of Reconnecting After a Suicide Attempt (RAFT). **JMIR Ment Health.** 2017 Dec 13;4(4):e56. Doi: 10.2196/mental.7500.

CAPÍTULO 5

AÇÕES DE CUIDADO EM SITUAÇÕES DE **RISCO IMINENTE** DE SUICÍDIO

CAPÍTULO 5

AÇÕES DE CUIDADO EM SITUAÇÕES DE RISCO IMINENTE DE SUICÍDIO

José Carlos Pereira dos Santos
Enfermeiro, Professor Doutor na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Portugal)

Kelly Graziani Giacchero Vedana
Enfermeira, Professora Livre Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Aline Conceição Silva
Enfermeira, Doutora pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Docente na Universidade do Estado de Minas Gerais - Unidade Passos.

Camila Corrêa Matias Pereira
Enfermeira, Doutora pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Postdoctoral Fellowship at the Centre for Research and Intervention on Suicide, Ethical Issues and End-of-Life Practices (CRISE), UQAM (Canadá).

"I deeply believe that the principal function of a mental health facility (and the staff member within it) and of psychotherapists generally after the obvious need to protect people from their own self-destructive impulses is assured- is to assess and evaluate psychological pain as it relates to frustrated psychological needs, and then to act as anodynes."

Edwin Shneidman, 1996, p-151

Objetivo do capítulo: Apresentar ações de cuidado e apoio à pessoa que está em risco iminente de suicídio. No desenvolver do capítulo os autores abordam a necessidade de implementação de ações institucionais de prevenção ao comportamento suicida; trazem recomendações científicas para segurança do ambiente; discutem as principais práticas de cuidado no risco iminente de suicídio; e finalizam com a apresentação de intervenções de enfermagem em saúde mental e ações pautadas em modelo global de intervenção com pessoas em crise suicida.

O comportamento suicida é um problema de saúde pública com mais de 700.000 mortes por ano[1]. Drama que não conhece fronteiras de cor, etnias, raça, cultura, gênero ou geográficas. Para além

da pessoa que morre por suicídio, o impacto atinge familiares, amigos, colegas de trabalho ou de escola, vizinhos ou outros, amplificando as consequências do comportamento. O número de sobreviventes por cada óbito por suicídio consumado é variável, mas estima-se que exceda claramente os seis propostos por Shneidman e possa atingir cerca de 135 pessoas expostas ao suicídio e que, destas, uma parte considerável seja afetada[2].

Também os profissionais de saúde mental, entre eles os enfermeiros, têm um elevado sofrimento mental quando ocorre o suicídio consumado de uma pessoa que esteve sob seus cuidados , situação ainda mais impactante quando acontece em contexto de internação[3,4], necessitando, por isso, de maior acompanhamento e atenção aos profissionais na fase pós-suicídio[5].

Perante uma crise de suicídio, a internação pode ser uma solução, mas não isenta de riscos. De fato, os hospitais raramente implementam terapias específicas para a redução do suicídio, os números consideráveis no decorrer das internações, e o elevado número de suicídios após a alta parece apontar que a eventual proteção tem uma duração curta[6]. Considerando o decorrer de internações, os números divergem entre países, embora pareça haver alguns denominadores comuns: o suicídio não ocorre exclusivamente em enfermarias de psiquiatria; o método mais comum é o enforcamento, através da fixação de materiais que se ligam a outros em pontos fixos; embora os pacientes estejam internados, cerca de metade dos suicídios ocorre fora da enfermaria, com saídas autorizadas ou não[7]. Todavia, o suicídio consumado de pessoas em tratamento ambulatorial é quase o dobro das pessoas internadas[8].

A SEGURANÇA DO AMBIENTE

O espaço físico é bastante importante e algumas regras de segurança têm sido apontadas[9-11].

Para evitar o enforcamento:

- A unidade de saúde deve remover ou tornar inacessível pontos onde seja possível fixar materiais (como tecidos, cordas, etc).
- Os “objetos” estruturais ou utilitários não devem suportar o peso de um corpo humano, indo no máximo até 30kg.
- Deve-se remover objetos que possam funcionar como utensílios para enforcamento, como fios de cortinas, cintos, cadarços, gravatas, lenços, cintos de roupão de banho, soutiens.
- Evitar grades na cama.
- Remover portas nos armários, e substituir cabides por prateleiras.

Para evitar precipitações de alturas elevadas:

- Instalar enfermarias de psiquiatria em andares térreos.
- Instalar barreiras de segurança quando a enfermaria é localizada em pisos superiores.
- Instalar vidros que não podem ser abertos do interior ou com fechaduras ou telas de segurança interiores bloqueadas[9-11].

Para evitar a ingestão de tóxicos:

- Recomenda-se que existam normas para eliminar o acesso a substâncias que possam provocar uma overdose ou intoxicação.
- Evita-se deixar materiais de limpeza na enfermaria.
- Faz-se o controle total do acesso ao posto de enfermagem e acesso aos medicamentos.
- Utilizam-se materiais de limpeza não tóxicos, evitando especialmente o acetato, álcool butílico, diluente, soluções de limpeza[9-11].

A segurança do ambiente também pode ser facilitada por alguns recursos adicionais, como sistemas de comunicação sonoros, que facilitem o apoio de outros profissionais e a presença de espaços com conforto, no que se refere aos estímulos sensoriais. Em um contexto de internação, preparar um ambiente seguro será o primeiro passo para a prevenção do comportamento suicida[9]. Mas será apenas uma peça de um quebra-cabeças no processo de prevenção do suicídio, não podendo colocar o ambiente, a doença ou a gestão do risco no centro dos cuidados, mas sim, a singularidade e especificidade de cada pessoa e, acima de tudo, a sua capacidade para lidar com a situação e qual a intervenção necessária do enfermeiro de saúde mental[10].

PRÁTICAS DE CUIDADOS

O enfermeiro de saúde mental tem um papel determinante na intervenção perante alguém em crise de suicídio. Podemos, de forma sintética, classificar as intervenções de enfermagem em práticas defensivas, menos fundamentadas cientificamente, que envolvem a manutenção da segurança imediata da pessoa (observação permanente, imobilização e isolamento, contratos de não suicídio); e as práticas de enfermagem de saúde mental compreensivas, acolhedoras, emancipadoras e baseadas em evidência (intervenções autônomas; avaliação sistemática; supervisão clínica, discussão de casos; atividades específicas organizadas semanalmente; intervenção interdisciplinar)[10,12].

As práticas de segurança são centradas, sobretudo, na gestão do risco, procurando evitar danos resultantes da crise, mais do que ter a preocupação de resolver o problema que a originou[10,13]. Vejamos a seguir algumas intervenções mais comuns.

A “observação permanente” da pessoa em crise suicida

Este modelo de “cuidados” traz dificuldades para a equipe de saúde, como se referem nomeadamente ao momento da decisão da imposição, agravamento ou levantamento dos momentos de observação[14]. Dificuldades que também se sentem na interpretação, na inconsistência da linguagem, na confusão da equipe e na redução da segurança da pessoa[15,16]. Estar sujeito a “observação permanente” associa-se a sentimentos negativos de raiva, punição, ansiedade, impotência e desesperança na pessoa[10,17]. Além disso, a equipe expressa igualmente sentimentos de raiva, ansiedade, estresse e medo de precipitar uma tentativa de suicídio[10,18]. Talvez isto ajude a justificar por que cerca de 80% do tempo gasto nestas atividades não é interacional[19], centrando-se apenas no controle. Ou ainda explicar por que cerca de 50% do tempo de permanência das pessoas internadas seja gasto em interação com a equipe, mas muito pouco tempo seja aproveitado com atividades terapêuticas[20].

As observações permanentes carecem ainda de prova da sua efetividade, variando nos diversos contextos, já que se sabe que 20 a 33% dos suicídios de pessoas internadas ocorreram durante o período de “observação permanente”[16]. Foi desenvolvido um projeto, no sentido de transformar as intervenções de controle em intervenções de cuidado, tendo reduzido os atos suicidas em cerca de dois terços, a violência e agressão em um terço, o absentismo para cerca de metade, e não houve aumento do suicídio no período da intervenção, que foi de 18 meses[21]. Constataram, ainda, que as pessoas estavam mais envolvidas com o seu enfermeiro, mais bem informadas e mais implicadas nos cuidados[21].

As diferentes formas de contenção

Embora ainda sejam práticas presentes em enfermarias, têm sido fortemente contraindicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)[1]. A redução de práticas coercitivas e a eliminação das contenções são uma prioridade das políticas de saúde mental, mas que as extravasa, como pode ser verificado na Convenção dos Direitos Humanos de Pessoas com Deficiência[22], num paradigma emergente dos direitos humanos. As práticas coercitivas podem ocorrer externas à pessoa alvo de cuidados: cultura institucional, ambiente, composição e experiência da equipe, conflitualidade[23,24].

Além disso, esta prática acontece sem a participação/concordância da pessoa alvo do isolamento/coerção. As características mais comuns daqueles que passam por práticas coercivas são: indivíduos mais novos, sexo masculino, pertencentes a minorias,

que apresentam sintomas severos e com o diagnóstico de esquizofrenia, doença bipolar, uso de substâncias, com história de internamentos anteriores[25]. Tais práticas estão ligadas a elevados níveis de humilhação e raiva[26]. O uso de medidas coercivas está muito mais ligado à cultura, tradição e políticas de cada contexto do que a questões de cuidados de saúde ou de necessidade de segurança[27].

Os contratos de não-suicídio

São utilizados em diversos contextos e, embora com designações diferentes, têm características comuns: um acordo de não autoagressão, a duração deste acordo, um plano com medidas a serem tomadas caso se verifique uma crise que ponha em causa o cumprimento do acordo e as responsabilidades específicas da pessoa e do profissional[28]. Podemos identificar diferentes tipos de contratos, como: contratos com garantias verbais, contratos verbais de compromisso e contratos escritos de não-suicídio. Este tipo de acordo continua a ser mal compreendido e demonstra uma duvidosa intervenção clínica, parecendo paradoxal à sua utilização, reservada a pessoas de elevado risco, com intervenções especializadas, mas em que se desconhece a sua validade, efetividade ou potencial para causar dano[29]. Apesar disso, alguns enfermeiros identificam aspectos positivos no seu uso, como aumento da responsabilidade, maior contato com o enfermeiro, mais segurança e mais discussões em torno da segurança do ambiente[30]. Devido ao fato de não haver evidência sobre a sua efetividade, é necessário maior treinamento, que informe os profissionais de saúde dos riscos desta prática e apresente alternativas menos prejudiciais[29].

Assim, fará sentido que, em vez de utilizarmos uma intervenção sem evidência que ateste a sua eficácia, com um conceito "frágil", nos centremos na avaliação e gestão da crise suicida, por meio de intervenções de enfermagem e multidisciplinares de consenso e com uma abordagem compreensiva para as pessoas em risco de suicídio[10,13].

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE SAÚDE MENTAL

Podemos definir alguns princípios gerais de atendimento à pessoa com ideação suicida:

- Começo da intervenção o mais precocemente possível.
- O estabelecimento de uma relação terapêutica com base numa relação interpessoal.
- Valorização da percepção e comportamento da pessoa, numa estratégia colaborativa.
- Identificação de fatores protetores e de risco, potencializando os fatores prote-

tores e diminuindo os de risco.

- Avaliação do risco de suicídio.
- Promoção da esperança e comportamentos de busca por ajuda.
- Identificação das pessoas afetadas pelo comportamento e intervenção sistêmica, valorizando o papel da emoção expressa e, particularmente, do super envolvimento emocional[31,32].

Perante uma situação de risco iminente, além dos princípios enunciados, é importante que o enfermeiro de saúde mental seja capaz de ser empático, demonstrar interesse, legitimar a dor - que o paciente sente como intolerável, interminável e inevitável, explorar a ambivalência e não deixar a pessoa sozinha. O profissional também deve avaliar a presença de objetos ou meios que possam ser usados para executar o ato, limitando a sua acessibilidade, assim como proporcionar uma avaliação multiprofissional, dada a complexidade do comportamento, identificando prioridades de intervenção com a especificidade necessária.

Uma vez que a crise suicida tem uma duração limitada, qualquer ganho de tempo deve ser considerado, para que permita uma intervenção mais cuidadosa e estruturada, visando a combater a ideação suicida, mas, sobretudo, a capacitar a pessoa com ferramentas que permitam gerir e superar uma nova crise, sendo este o objetivo mais ambicioso da intervenção e que procuraremos descrever em seguida.

As práticas de enfermagem de saúde mental, visando à compreensão da crise suicida, da sua gestão e desenvolvimento daí resultante parecem ser a forma mais apropriada de prestar cuidados às pessoas em crise suicida. Faz, então, sentido um olhar mais próximo às pessoas com ideação suicida.

Segundo Shneidman[33] o propósito comum do suicídio é procurar uma solução; o objetivo comum é a interrupção da consciência; o estímulo comum é a dor psicológica intolerável; o seu fator de estresse comum é a frustração de necessidades psicológicas; a emoção comum é o desespero-abandono; o seu estado cognitivo comum é a ambivalência; o estado perceptivo comum é a restrição; a ação comum é a evasão; o ato interpessoal comum é a comunicação de intenção; a regra comum é a incompatibilidade com padrões de vida duradouros.

Nesta visão global de Shneidman, iremos nos centrar mais na ambivalência e na dor. O primeiro olhar para a ambivalência poderá ser a âncora de esperança para o importante papel do profissional de saúde. De fato, o que é referido é que "*They wish to dye and they simultaneously wish to be rescued*" ("eles querem morrer e simultaneamente desejam ser resgatados")[33,p.:131], ou seja, a ambivalência não é somente entre a vida e a morte, mas

entre a morte e alguém que resgate a pessoa, a qual anseia pelo socorro, o que nos dá um imperativo moral para a intervenção.

Ainda segundo Shneidman[33] o suicídio é causado por uma "dor psicológica" que advém das necessidades psicológicas frustradas ou distorcidas. Apesar de reconhecer a expressão multifatorial do comportamento suicida, o autor defende que a sua principal natureza é psicológica.

Assim, legitimar a dor e aceitar o desejo que a pessoa tem de não sentir dor é uma das principais estratégias para o início da intervenção com a pessoa em crise suicida. Hoje sabemos que a dor tem repercussões no nível psicológico, mas também físico, sendo várias as implicações da dor em cada pessoa. São características:

- Apresentar baixo nível de funcionamento.
- Sentir-se cansado e letárgico.
- Perda de apetite.
- Dificuldades no sono.
- Menor capacidade para sentir prazer e maior ansiedade.
- Tornar-se progressivamente depressivo, ansioso e/ou perder a capacidade para se concentrar em algo que não seja a dor; sensação de perder o controle.
- Ter menos interação com a sua rede; sentir-se menos capaz de se expressar sexualmente ou afetivamente.
- Sentir-se uma carga para a família ou outros cuidadores[10].

Mas, talvez, a característica mais importante seja a ideia de desconexão da humanidade, já referida por Durkheim nas suas teorias sociológicas em torno da falta de integração e alienação. Também no contexto da enfermagem, Peplau[34] chamou a atenção para a importância do relacionamento interpessoal e o valor terapêutico de experienciar uma conexão interpessoal.

RECONECTAR A PESSOA COM A HUMANIDADE

Retomando o referido anteriormente, pensamos que o modelo de reconectar a pessoa com a humanidade, defendido por Cutcliffe e Stevenson[13], nos dá uma perspetiva global da intervenção com pessoas em crise suicida, pelo que iremos abordá-lo em pormenores com ligeiras adaptações. Este modelo resulta de um estudo com pessoas que haviam cometido tentativas de suicídio e foram atendidas num serviço de emergência e de internação, através de *grounded theory.*

Este modelo tem três etapas principais: "refletir uma imagem de humanidade"; "levar

a pessoa de regresso à humanidade" e "aprender a viver". O desenvolvimento da primeira etapa pressupõe a vivência intensa de calor afetivo, em que os cuidados são humanizados com contato frequente. É fundamental que a pessoa sinta que é importante, que estamos interessados nela, para que não se sinta sozinha e, por outro lado, se sinta conectada, indo ao encontro das suas necessidades psíquicas básicas. Aqui o enfermeiro de saúde mental pode ter uma comunicação calorosa, cuidando da pessoa, demonstrando compaixão para a sua situação e experiência, evidenciando esperança no seu futuro, sendo tolerante, empático, compreensivo, com capacidade de escuta e um olhar positivo sobre a pessoa.

Outro aspecto estruturante desta primeira etapa é, de forma implícita, mudar construtos ligados ao comportamento suicida através do encontro de experiências contrárias. É importante identificar, com a pessoa, algumas percepções negativas, eventuais distorções e restrições cognitivas, reforçando o reconhecimento de que os construtos são apenas interpretações de experiências e não forçosamente a realidade. A ideia é que a pessoa desconstrua alguma desesperança e ideias suicidas anteriores e, assim, possa identificar um futuro mais esperançoso. Para que tal se processe é relevante a utilização do enfermeiro de saúde mental como instrumento terapêutico, com a partilha de interações e experiências diferentes e construtoras de uma ideia de futuro. Uma estratégia importante será mudar estes construtos essencialmente pelo que são e fazem e menos pelo que dizem.

A segunda etapa, "levar a pessoa de regresso à humanidade", visa aumentar o *insight*, o conhecimento e a compreensão, por meio, sobretudo, de uma visão e compreensão renovadas em relação ao controle, principalmente dos pensamentos suicidas, tentando fazer com que a pessoa pare de ser controlada pelos pensamentos suicidas na sua vida e passe a conseguir "controlar", de alguma forma, esses mesmos pensamentos. Podemos identificar uma mudança, que com o aumento do *insight* e compreensão leva a pessoa a ter uma nova visão sobre a pertinência do pedido de ajuda, sendo o enfermeiro de saúde mental alguém que pode ajudar a combater a ideação suicida, mobilizando os recursos da pessoa, num movimento no sentido da vida em vez de uma orientação para a morte. Para que isso aconteça é importante favorecer a expressão de emoções e promover a aprendizagem da sua gestão, identificando a ligação existente entre sentimentos e ações, de forma a ter algum controle sobre eles, permitindo a compreensão de que um futuro com esperança é possível. Esperar-se-á, assim, uma relação mais ativa, na qual a intervenção terapêutica e as ferramentas mobilizadas pelo enfermeiro de saúde mental serão sentidas como necessárias e mais bem aceitas pela pessoa.

Sabe-se que as pessoas na fase pré-suicida têm pensamentos mais esperançosos, menos distorcidos, mais conectados com a humanidade. Sendo assim, nesta fase procura-

se reforçar e apoiar tais crenças pré-suicidas. Continua-se a combater pensamentos frutos da distorção ou constrição cognitiva, tentando reenquadrá-los numa visão de maior esperança no futuro. São importantes duas propriedades: ajudar as pessoas a recuperar o suporte, conforto e segurança anteriores à ideação suicida e o enfermeiro de saúde mental ter a capacidade para se assegurar que as ideias suicidas são re-enquadradas, reorganizadas de forma positiva.

Nesta fase, busca-se que a pessoa encontre uma nova relação interpessoal de ajuda. Aqui a relação com o enfermeiro de saúde mental é ainda mais importante e central na abordagem. A capacidade de exprimir emoções, pensamentos e experiências proporcionará o aumento da esperança e alívio. Ao mesmo tempo, o paciente realiza essas práticas em um ambiente protegido, sem causar dano na sua rede de suporte habitual. Esta fase pressupõe três propriedades: a primeira tem a ver com a necessidade sentida pela pessoa em relação a seus problemas e sentimentos; a segunda refere-se à habilidade do enfermeiro de saúde mental escutar a história da pessoa de forma que não coloque em risco a relação terapêutica; a terceira se liga à capacidade do enfermeiro de saúde mental de promover a segurança necessária para a pessoa, demonstrando capacidade e experiência para trabalhar com o paciente e as suas vulnerabilidades.

Por último, a terceira etapa se refere a "aprender a viver". Implica duas fases: gerir a crise existencial, passado, presente e futuro, e promover uma aproximação ao contexto mediado pela relação existencial com a suicidalidade.

Nesta etapa o enfermeiro assume o papel de consultor, preparado para lidar com as percepções da pessoa sobre a suicidalidade, mesmo sabendo que, por vezes, pode ser difícil para ela falar sobre isso, podendo considerar esse assunto como tabu ou da sua área privada. Será importante promover a reflexão acerca do vivido, do presente e do futuro, equacionando por que vale a pena viver, questionando vários fatores, nomeadamente, a sua conexão com os outros. Mas também perceber o efeito que o suicídio consumado teria provocado ou poderá provocar se realizado agora, focalizando aqui a reconsideração dos aspetos que levam a pensar que a vida vale a pena.

A fase de gerir a crise existencial, passado, presente e futuro, implica que a pessoa compreenda a ideação suicida, mais do que simplesmente a abandone. Para isso necessita mobilizar uma série de recursos interpessoais, ajuda de profissionais, família e outros recursos que julgue necessários. Implica duas propriedades: saber lidar com a angústia existencial, questionando-se sobre o seu lugar, o seu afastamento das pessoas importantes da sua vida, como explicar-lhes o comportamento suicida anterior, como poderá utilizar esta experiência para que não "recaia" novamente, que aspectos positivos poderá tirar desta vivência. Se conseguir responder a estas questões de uma forma positiva, a

experiência refletida no comportamento suicida poderá fazê-lo optar por uma orientação voltada à vida em vez da morte.

A segunda propriedade liga-se à compreensão de como a resolução individual da crise existencial é moderada pelas pessoas (significantes e profissionais). Será necessário trabalhar o suporte entre a pessoa, a família e o enfermeiro de saúde mental. O processo é difícil, cansativo e demorado, procura aumentar a noção de ligação, passando de uma crise existencial para uma maior conexão com os outros. O papel do enfermeiro de saúde mental passa por preparar o final da relação, de forma gradual, prolongada e gerida, combatendo a percepção de abandono ou rejeição por parte da pessoa.

Na fase em que se promove uma aproximação ao contexto, mediado pela relação existencial com a suicidalidade, o foco é perceber como a vida, sobretudo no passado, oscilava entre dois extremos, vida ou morte, esperança ou desesperança, apoio familiar ou profissional. Neste regresso ao contexto é importante perceber o papel da família, a sua compreensão da situação e a sua ligação com a pessoa em sofrimento. Com o aumento da atividade diária, a noção de "normalidade" e a reconexão com a família podem resultar em um aumento da esperança, que estará ligada aos acontecimentos diários de vida. Ao enfermeiro de saúde mental compete identificar os pequenos ganhos, ajudar a pessoa a ter consciência deles e a valorizar o aqui e agora, o que contribuirá para que o paciente faça uma reavaliação do passado e presente, permitindo um crescimento da esperança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção com a pessoa em risco de suicídio pode ter diversas abordagens e níveis. Pode ser uma intervenção mais imediata, que visa apenas a não permissão da passagem ao ato no momento, ou uma intervenção a curto prazo, com o intuito de evitar o comportamento suicida no decorrer de uma internação. Ou, ainda, uma intervenção mais complexa, que visa à compreensão da ideação, a gestão da crise existencial e o aumento de competências para lidar com crises semelhantes no futuro da pessoa e rede de suporte, particularmente a família. As abordagens iniciais correm o risco de se centrarem em práticas defensivas, nem sempre qualificadas como boas práticas, centradas sobretudo na avaliação do risco e no controle em vez do cuidar. A capacitação da pessoa e família parece ser a prática mais interessante e complexa, apelando à intervenção multidisciplinar, com natural relevância para o enfermeiro de saúde mental.

QUADRO SÍNTESE

Tópicos	Recomendações
Segurança do ambiente	• Remover ou tornar inacessível pontos de fixação de ligaduras. • "Objetos" estruturais ou utilitários não devem suportar o peso de um corpo humano, indo no máximo até 30kg. • Remover objetos que ofereçam risco. • Remover portas nos armários, substituir cabides por prateleiras. • Localizar a enfermaria de psiquiatria em andares térreos. • Instalar barreiras de segurança. • Eliminar o acesso a substâncias que possam provocar uma overdose ou intoxicação. • Inserir recursos adicionais, sistemas de comunicação sonoros e espaços com conforto sensorial.
Intervenção de Enfermagem em Saúde Mental	• Iniciar precocemente a intervenção. • Limitar acesso a objetos e ambientes de risco. • Estabelecer relação terapêutica empática, de forma a legitimar a dor emocional. • Valorizar a percepção e comportamento da pessoa, numa estratégia colaborativa. • Identificar fatores protetores e de risco. • Avaliar o risco de suicídio. • Promover a esperança e comportamentos de busca por ajuda. • Identificar pessoas afetadas pelo comportamento e intervenção sistêmica, valorizando o papel da emoção expressa e, particularmente, do envolvimento emocional.
Reconectar a pessoa com humanidade	• Refletir uma imagem de humanidade: vivência de humanização e encontro de necessidades psíquicas básicas. • Levar a pessoa de regresso à humanidade: visa aumentar o insight, o conhecimento e a compreensão, através, sobretudo, de uma visão e compreensão renovadas em relação ao controle e pertencimento. • Aprender a viver: gerir a crise existencial, passado, presente e futuro e promover uma aproximação ao contexto mediado pela relação existencial com a suicidalidade.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Health Organization. Strategies to end seclusion and restraint. WHO QualityRights Specialized training. **Course guide**. Geneva, 2019.

2. CEREL J.; BROWN, M.; MAPLE, M.; SINGLETON, M.; VENNE, J.; MOORE, M.; FLAHERTY, C. How many people are exposed to suicide? Not six. **Suicide and Life-Threatening Behavior.** 2018, doi:10.1111/sltb.12450.

3. TAKAHASHI C.; CHIDA, F.; NAKAMURA, H. et al. The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. **BMC Psychiatry.** 2011;11(38):1-8.

4. MALIK, S.; GUNN, S.; ROBERTSON, N. The impact of patient suicide on doctors and nurses: A critical interpretive meta-synthesis. **Archives of Suicide Research.** 2021, 1-20. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1885533. Acesso em: 12 agosto 2022.

5. RYTTERSTROM, P.; OVOX S.; WEARDIG, R.; HULTSJO, S. Impact of suicide on health professionals in psychiatric care mental healthcare professionals' perceptions of suicide during ongoing psychiatric care and its impacts on their continued care work. **International Journal of Mental Health Nursing**, 2020, 29, 982–991. Doi: 10.1111/inm.12738.

6. LARGE, M.; KAPUR, N. Psychiatric hospitalisation and the risk of suicide. Th**e British Journal of Psychiatry**, 2018, 212, 269–273. Doi: 10.1192/bjp.2018.22.

7. THE NATIONAL Confidential inquiry into suicide and safety in mental health. Annual Report: England, Northern Ireland, Scotland and Wales. University of Manchester, 2021.

8. HUNT, I.; RAHMAN, M.; WHILE, D.; WINDFUHR, K.; SHAW, J.; APPLEBY, L. et al. Safety of patients under the care of crisis resolution home treatment services in England: a retrospective analysis of suicide trends from 2003 to 2011. **Lancet Psychiatry.** 2014, 1: 135–41.

9. CARDELL, R.; BRATCHER, K.; QUINNETT, P. Revisiting "suicide proofing" an inpatient unit through environmental safeguards: A review. **Perspectives in Psychiatric Care**. 2009, 45(1):36-44.

10. CUTCLIFFE, J.; SANTOS J. **Suicide and Self-harm:** an evidence-informed approach, Quay Books, 2012, London, New York, ISBN: 9781856424332.

11. THE NATIONAL Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health. Safer services: A toolkit for specialist mental health services and primary care. University of Manchester, 2022.

12. COX, A.; HAYTER, M.; RUANE, J. Alternative approaches to 'enhanced observations' in acute inpatient mental health care: a review of the literature. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.** 2010, 17, 162–171.

13. CUTCLIFFE, J.; STEVENSON, C. Feeling our way in the dark: the psychiatric nursing care of suicidal people – a literature review. **International Journal of Nursing Studies**. 2008, 45: 942-953.

14. NIELSON, P.; BRENNAN, W. The use of special observations: an audit within a psychiatric unit. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 2001, 8: 147-155.

15. BOWERS, L.; GOURNAY, K.; DUFFY, D. Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: a national survey of observation policies. **Journal of Advanced Nursing**, 2000, 32(2), 437- 444.

16. DEPARTMENT of Health. Safety first. Five year report of the national confidential inquiry into suicides and homicide by people with mental health problems. HMSO, 2001, London.

17. CUTCLIFFE, J.; BARKER, P. Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,** 2002, 9, 611–621.

18. ROONEY, C. The meaning of mental health nurses experience of providing one-to-one observations: a phenomenological study. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,** 2009, 16, 76–86.

19. WHITTINGTON, D.; MCLAUGHLIN, C. Finding time for patients: an exploration of nurses' time allocation in acute psychiatric settings. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 2000, 7, 259–268.

20. SHARAC, J.; MCCRONE, P.; SABES-FIGUERA, R.; CSIPKE, E.; WOOD, A.; WYKES, T. Nurse and patient activities and interaction on psychiatric inpatients wards: A literature review. In: **International Journal of Nursing Studies**, 2010, 47(7), 909 – 917.

21. DODDS, P.; BOWLES, N. Dismantling formal observation and refocusing nursing activity in acute inpatient psychiatry: a case study. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 2001, 8,183–188.

22. UNITED NATIONS. **Convention on the Rights of Persons with Disabilities**. 2006. Disponível em: https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities . Acesso em 12 agosto 2022.

23. HAPPELL, B.; HARROW, A. Nurses' attitudes to the use of seclusion: A review of the literature. **International Journal of Mental Health Nursing**, 2010, 19: 162–168.

24. JACKSON, H.; BAKER, J.; BERZINS, K. What factors influence the decisions of mental health professionals to release service users from seclusion? **International Journal of Mental Health Nursing**, 2018, 27, 1618–1633. Doi:10.1111/inm.12502.

25. BEAMES, L.; ONWUMERE, J. Risk factors associated with use of coercive practices in adult mental health inpatients: A systematic review. **J Psychiatr Ment Health Nurs**. 2022, 29:220–239. Doi: 10.1111/jpm.12757.

26. SAYA, A.; BRUGNOLI, C.; PIAZZI, G.; LIBERATO, D.; DI CIACCIA, G.; NIOLU, C.; SIRACUSANO, A. criteria, procedures, and future prospects of involuntary treatment in psychiatry around the world: A narrative review. **Front. Psychiatry**, 2019, 10:271. Doi: 10.3389/fpsyt.2019.00271.

27. STEINER, T.; LEPPING, P.; BERNHARDSGRÜTTER, R.; CONCA, A.; HATLING, T.; JANSSEN, W.; KESKI-VALKAMA, A.; MAYORAL, F.; WHITTINGTON, R. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. **Soc Psychiat Epidemiol**, 2010, 45:889–897.

28. RUDD, M.; MANDRUSIAK, M.; JOINER, T. The case against no-suicide contracts: the commitment to treatment statement as a practice alternative. **Journal of Clinical Psychology**, 2006, 62, 243–251.

29. EDWARDS, S. J.; SACHMANN, M. D. No-suicide contracts, no-suicide agreements, and no-suicide assurances: a study of their nature, utilization, perceived effectiveness, and potential to cause harm. **Crisis**, 2010, 31(6), 290–302. Doi: https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000048.

30. POTTER, M.; VITALE-NOLEN, R.; DAWSON, A. implementation of safety agreements in an acute psychiatric facility. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**. June, 2005, 11:144-155.

31. SANTOS, J. Expressed emotion and suicidal behaviors. **Routledge International Handbook of Clinical Suicide Research, Routledge**, Londres, 2014, 63-76, ISBN/ISSN: 978-0-415-53012-5.

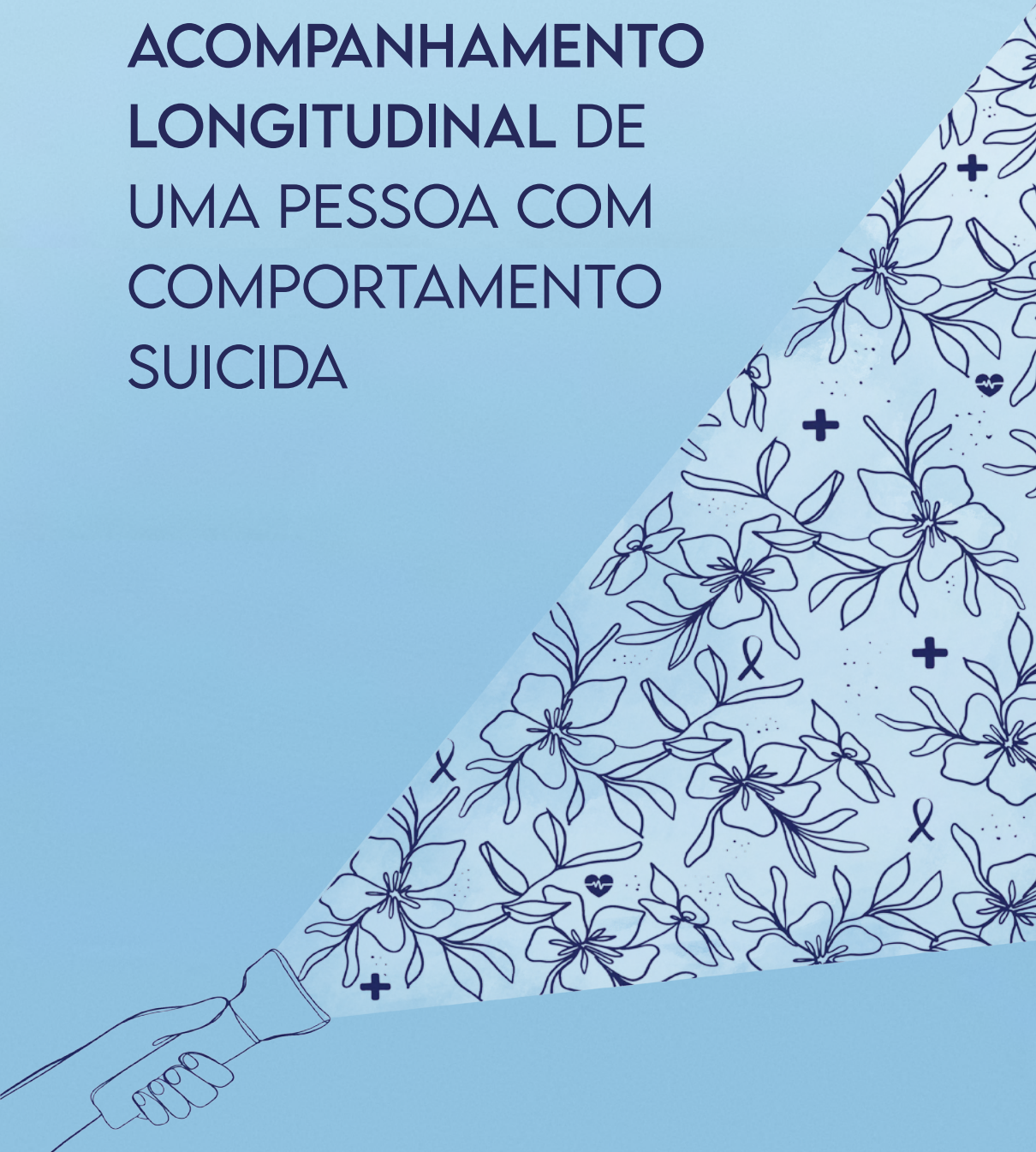
32. SANTOS, J.; FAÇANHA, J.; GONÇALVES, M.; ERSE, M.; CORDEIRO, R.; SIMÕES, R. **Guia**

Orientador de Boas Práticas Para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 2012, ISBN: 978-989-8444-18-9, Depósito legal: 349933/12.

33. SHNEIDMAN, E. S. **The suicidal mind**. Oxford University Press, 1996, ISBN-0-19-510366-1.

34. PEPLAU, H. E. **Interpersonal Relations in Nursing**: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing. 1988, 2nd Edition, Macmillan Education, Basingstoke. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-1-349-10109-2 Acesso em: 12 agosto 2022.

CAPÍTULO 6

ESTRATÉGIAS DE **ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL** DE UMA PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDA

CAPÍTULO 6

ESTRATÉGIAS DE ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL DE UMA PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDA

Isadora Manfrinato Cunha
Enfermeira, Enfermeira, Mestranda pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Daniele Maria Nogueira
Enfermeira Licenciada pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Bruna Marques Chiarelo
Enfermeira, Mestranda pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Objetivo do capítulo: Proporcionar a compreensão da importância acerca do cuidado longitudinal da pessoa em risco de suicídio e apresentar ações e estratégias de cuidados às pessoas que apresentaram tentativa de suicídio.

O cuidado longitudinal pode ser caracterizado pelo acompanhamento do paciente pelos profissionais de saúde ao longo do tempo, por meio de um vínculo terapêutico, sendo referência para a manutenção do tratamento e cuidados. O acompanhamento longitudinal está associado à integralidade do cuidado, intervenções preventivas e resultados positivos, contribuindo para a melhora da qualidade do atendimento, reduzindo internações e custos[1,2.]

Considerando que pessoas que tentaram suicídio possuem alto risco de realizar outra tentativa, principalmente nos primeiros dias após o ocorrido, o acompanhamento longitudinal torna-se fundamental para promover a prevenção de uma nova tentativa nessa situação de vulnerabilidade emocional. O contato ativo com o paciente e as intervenções com enfoque no cuidado longitudinal mostraram-se efetivos para a redução de riscos de novas tentativas[3,4].

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), quando pacientes recebem alta após uma tentativa de suicídio, é fundamental garantir o acompanhamento longitudinal e fornecimento de apoio como componentes fundamentais de estratégias eficientes para a prevenção do suicídio, que compõem as estratégias de prevenção seletivas e indicadas[5].

Ainda, a OMS refere que o acompanhamento longitudinal e o apoio da comunidade têm se

apresentado como recursos importantes para a redução nas taxas de morte por suicídio, configurando-se como uma ferramenta que pode ter baixo custo e utilizar ações de contato contínuo, envolvimento da família e amigos, telefonemas e visitas, incentivando a adesão e continuação do tratamento proposto[5].

Assim, conforme mencionamos no capítulo 4, ***Identificação do risco de suicídio e notificação dos casos***, é importante que seja fomentada a educação e o treinamento de profissionais de saúde, para assegurar uma assistência contínua e sistemática para pessoas em sofrimento emocional, de forma que o risco de suicídio seja avaliado, bem como seu manejo no risco imediato e a prevenção de futuras tentativas[5]. É necessário que os cuidados continuados após uma tentativa de suicídio sejam pautados no acolhimento empático, avaliação psicossocial, elaboração do plano de gestão de crises, atendimento e acompanhamento regular nos meses posteriores[6].

O profissional de saúde deve garantir que seu plano de cuidados longitudinais tenha componentes-chave, sendo estes: garantir que o paciente em risco de suicídio tenha uma avaliação de risco apropriada, visando à sua segurança imediata e posterior; elaborar uma avaliação psicossocial que contemple as necessidades de saúde do paciente de forma integral, a fim de compreender quais seriam os recursos e rede de apoio disponíveis; acompanhamento imediato e regular após a tentativa de suicídio ou alta hospitalar; utilização de estratégias de adesão ao tratamento de forma contínua; resolução de problemas focado em soluções[6].

O ideal é que o acompanhamento longitudinal continue ao longo de 6 a 12 meses, podendo utilizar-se de visitas periódicas, telefonemas, mensagens de voz e texto, desde que feitas por profissionais de saúde[6].

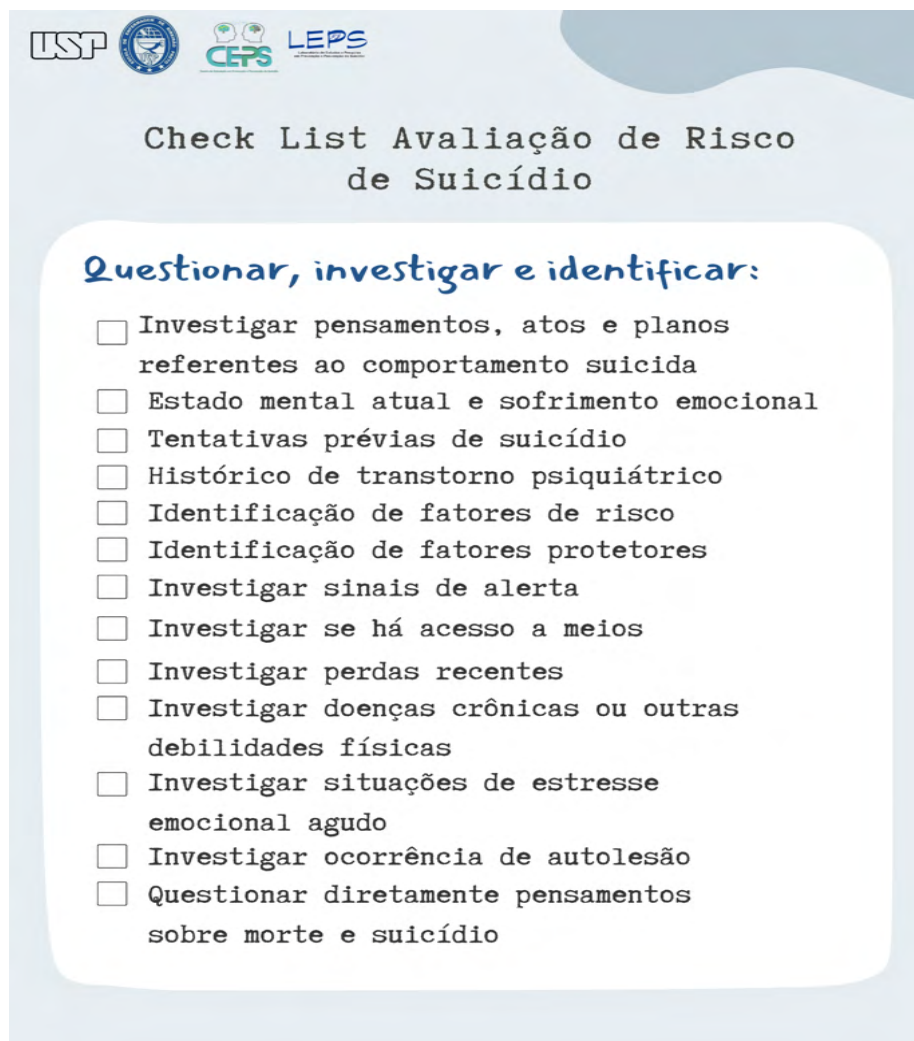
CONHECENDO ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS LONGITUDINAIS

Criação de vínculo e contato contínuo

O vínculo está relacionado com a construção de uma relação afetuosa e de confiança, que permita níveis crescentes de corresponsabilização no processo de cuidado[7]. A criação de um ambiente seguro, privativo e respeitoso para que a pessoa se sinta acolhida e amparada é fundamental para a assistência da pessoa em risco de suicídio, seja no primeiro contato ou nos contatos posteriores para acompanhamento[8].

O profissional de saúde deve manter contato contínuo observando e avaliando o risco e diminuição do risco de suicídio, definindo intensidade e frequência do contato. O contato pode ser feito através de acompanhamentos periódicos presenciais, como também

através de telefonemas, visitas domiciliares, cartas ou mensagens, de forma mais frequente no começo e diminuindo conforme a pessoa apresenta melhoras[8].

Avaliação de risco inicial e periódico

É necessário que o profissional de saúde realize uma avaliação que inclua a investigação de pensamentos, planos e atos de comportamento suicida durante a avaliação inicial e periodicamente, conforme necessário.

Também é importante atentar-se para o estado mental e o sofrimento emocional da pessoa, bem como para tentativas prévias de suicídio, histórico de transtorno psiquiátrico, identificação dos fatores de risco e de proteção, acesso a meios, ocorrência de doença crônica ou outra debilidade física e estresse emocional agudo[8].

Vale ressaltar que o questionamento sobre autolesão ou pensamentos suicidas não provoca ou estimula esses comportamentos e, muitas vezes, atua na redução da ansiedade associada a pensamentos ou atos de automutilação e ajuda a pessoa a se sentir compreendida, auxiliando na avaliação de risco. Considerando o acompanhamento longitudinal, o profissional de saúde periodicamente deverá realizar a avaliação, gerenciamento de risco e acompanhamento do paciente, podendo assim propor estratégias e cuidados de acordo com essa avaliação[8].

Para ajudar a realizar essa avaliação, elaboramos um *checklist* para ajudar a guiá-lo durante a conversa com o paciente, realizando a identificação e investigação de componentes importantes.

Figura 1: *Checklist* para Avaliação e Manejo de Risco de Suicídio.

Identificação e engajamento de redes de apoio e recursos

É importante investigar quais são as redes de apoio da pessoa em risco de suicídio para a definição de estratégias de enfrentamento durante esse período, como, por exemplo, família, amigos e a comunidade (trabalho, igreja ou centro espiritual, escola, outras atividades em que a pessoa está inserida), mobilizando diversas esferas de apoio para monitorar e prover o suporte para a pessoa em risco.

Os contatos de confiança e apoio, se possível, devem ser orientados quanto aos sinais de risco e alerta, bem como a não deixarem a pessoa sozinha em caso de crise aguda, removerem acesso a meios e buscarem auxílio profissional. Esses contatos podem

ser orientados sobre a importância da escuta ativa, do não julgamento, do acolhimento e apoio como recursos fundamentais[8].

Pode ser elaborada, juntamente com o paciente, uma lista de contatos e recursos de apoio (amigos, família, contatos de confiança, serviços de saúde), a quem ela pode contatar caso não esteja se sentindo bem e percebendo o início de ideações. Viver em sociedade é construir vínculos e se sentir pertencente a uma comunidade. Essa percepção social de se sentir incluído auxilia na resolução de problemas e aumenta o *coping*, ou seja, o enfrentamento do indivíduo frente a situações difíceis[9].

Assim, entender qual a rede de apoio do paciente, pela criação do ecomapa (estratégia utilizada com frequência na Atenção Primária em Saúde) e pelas pessoas em quem ele confia, bem como incentivar o fortalecimento desses vínculos, auxilia diretamente no cuidado.

Caso a rede de apoio esteja prejudicada, é possível auxiliar a pessoa a retomar laços que lhe façam bem, como também identificar novas possibilidades de criação de vínculo (se assim desejar e respeitando o seu tempo para que isso ocorra).

Exemplo prático: Uma senhora de 64 anos que ama fazer crochê. É possível identificar grupos de artesanato próximos a sua residência, pois auxiliaria na criação de novos vínculos, sensação de pertencimento, bem como o desenvolvimento de uma atividade de lazer.

Portanto, a partir de atividades com as quais o sujeito se identifique, é possível buscar grupos de apoio que articulem ao mesmo tempo duas estratégias: criação/fortalecimento de vínculos e o desenvolvimento de uma atividade de lazer. Investigue e seja criativo!

Identificação de razões para viver e promoção da esperança

A esperança pode ser definida como um sentimento que identifica possibilidades melhores para o futuro, com estabelecimento de metas, motivação para atingir objetivos e autopercepção de alcançar resultados positivos mesmo em situações adversas ou desfavoráveis[10,11]. Já a desesperança pode ser caracterizada como um sentimento negativo acerca das expectativas sobre o futuro, sendo este percebido como desfavorável, com eventos adversos e consequências indesejáveis[12].

Ter esperança sobre o futuro e possuir razões para viver configuram-se importantes fatores protetores para a prevenção do comportamento suicida e devem ser explorados durante o cuidado[13,14]. Considerando que a desesperança atua como um importante fator de risco para o comportamento suicida, possuir esperança está associada à contribuição com desfechos positivos de amplas situações adversas[11].

O profissional de saúde pode auxiliar a pessoa em risco a encontrar elementos que sejam significativos em sua vida, conversar sobre sonhos, propósitos e missões de vida, desejos de viver, realizar planos e identificar objetivos para o futuro.

Após identificar o que é importante e significativo para o paciente, pode-se sugerir a criação de um kit da esperança, um kit da gratidão e uma caixa de memórias felizes que a pessoa pode construir e servirá para revisitar em momentos difíceis, incluindo cartas de pessoas queridas, fotos, tickets de lugares que gostou de visitar, listas com os motivos pelos quais ela é grata e situações em que ela perseverou, entre outros itens significativos.

O Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio elaborou um material visando à promoção da esperança, denominado de "Kit da Esperança", que pode ser acessado em: https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-*e-books*/kit-de-esperanca/ e "Kit da Gratidão" em https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-*e-books*/kit-de-gratidao/

Promoção da resiliência

A resiliência pode ser definida como um processo adaptativo frente a situações adversas como traumas e outras situações de grande sofrimento emocional, associada a desfechos positivos como desenvolvimento saudável, enfrentamento de situações adversas e regulação de emoções[15, 13].

A promoção da resiliência pode diminuir as taxas de suicídio em pessoas com elevado risco e devem fazer parte dos planos de tratamento. A resiliência pode ser utilizada para potencializar a busca de realização de sonhos e objetivos, bem como ao fortalecimento do enfrentamento de situações adversas e capacidade de ressignificação[15].

O profissional de saúde pode desenvolver atividades e conduzir os encontros voltados à identificação e cultivo da resiliência, através de um recordatório acerca de situações difíceis e que a pessoa conseguiu superá-las. Além disso, o profissional pode investigar quais estratégias a pessoa utilizou, quem esteve presente como suporte emocional, o que a fazia sentir melhor ou pior.

O Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio elaborou um material visando a cultivar a resiliência, que pode ser acessado em: https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-*e-books*/cultivando-a-resiliencia/

Identificação de estratégias de enfrentamentos

O desenvolvimento de estratégias de enfrentamento positivas pode auxiliar a diminuir o risco de suicídio e a vivenciar eventos adversos ou estressantes de uma forma mais saudável. Estratégias de enfrentamento podem ser divididas em estratégias focadas

no problema ou estratégias focadas na emoção.

Estratégias focadas no problema são ações relacionadas diretamente à solução do problema, como reduzir ou remover ativamente os elementos estressores, busca por ajuda, habilidades de resolução de situações e problemas. Já nas estratégias focadas na emoção são utilizadas ações como ressignificação de uma situação, atitudes que proporcionem alívio emocional, estratégias que permitem a autorregulação emocional[16,17].

As estratégias de enfrentamento ainda podem ser definidas como estratégias adaptativas ou disfuncionais, sendo as disfuncionais o isolamento social, uso e abuso de substâncias, negação, fuga e submissão, entre outros comportamentos de risco[17]. O profissional de saúde pode atuar promovendo a identificação pelo paciente de estratégias que o indivíduo utiliza em momentos de estresse ou dor emocional que acredita ter funcionado de forma positiva, substituindo as estratégias disfuncionais por estratégias adaptativas.

Além disso, o profissional poderá elaborar novas estratégias ou *checklist* de estratégias a serem utilizadas em momento de sofrimento psíquico.

O Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio elaborou um material com o objetivo de auxiliar na resolução de problemas e estratégias de enfrentamento, que pode ser acessado em:
https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-*e-books*/resolucao-de-problemas-2/

Identificação das emoções e autorregulação emocional

A autorregulação emocional é um processo que visa ao bem-estar emocional através de um conjunto de ações e habilidades de identificação e enfrentamento de sentimentos, tanto positivos como negativos. Esse processo pode ser considerado como uma estratégia de enfrentamento adaptativo de situações adversas, ao realizar o manejo de sentimentos difíceis como o estresse, medo, angústia, desesperança e outros. Nessa estratégia a pessoa aprende a identificar suas emoções, nomeá-las e agir, aprendendo a lidar, modular e tolerar esses sentimentos de uma maneira mais saudável[18].

O profissional de saúde pode auxiliar o paciente a realizar exercícios que o ajudem a identificar suas emoções e maneiras de lidar com elas de forma positiva, permitindo que a pessoa tenha, em momentos de estresse e outros sentimentos difíceis, uma maneira para se acalmar e autorregular.

Pode-se sugerir que, além desses exercícios de identificação de emoções, a pessoa crie um *journal* ou um diário para escrever diariamente sobre seus sentimentos e como lidou com eles no decorrer dos dias, podendo personalizar de acordo com a individualidade de cada paciente e pedindo que ele traga este diário nos próximos encontros, possibilitando

conversas acerca de como o paciente realizou o manejo de suas emoções. Segue um exemplo possível de ser utilizado.

Figura 2: Journal dos Sentimentos para Autorregulação Emocional.

USP CEPS LEPS

Data: _/_/__

Journal dos sentimentos

Como eu me sinto hoje?

O que me fez sentir melhor?

O que me ajudou a entender melhor meus sentimentos?

Quais emoções eu senti hoje?

Pensamentos sobre meu dia

O Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio elaborou um material com o objetivo de auxiliar na identificação de emoções e na autorregulação emocional, que pode ser acessado em: https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-*e-books*/luneta-das-emocoes/

Plano de gestão de crises

Pode ser sugerido que o paciente realize um plano de gestão de crises, para ser utilizado em momentos de grande sofrimento emocional, com o objetivo de identificar

gatilhos que o prejudiquem, elencar ações que contribuam para sua autorregulação emocional, disponibilizar e incentivar contatos para busca por ajuda e suporte emocional em momentos de crise, visando a prevenir comportamentos que o coloquem em risco[19].

Você pode acessar um modelo de plano de gestão de crises no *site* do InspirAção criado pelo Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio no *link*:
https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-*e-books*/plano-de-gestao-de-crises-2/.

Vencendo estigmas

O estigma (preconceito), após uma tentativa de suicídio, influencia negativamente no convívio social do indivíduo em sofrimento emocional, frente à possível marginalização que esta pessoa pode sofrer[20]. Dessa forma, faz-se necessário criar espaços que sejam acolhedores e nos quais as pessoas possam se sentir ouvidas e respeitadas. Ademais, atividades educativas são importantes para se desconstruir pensamentos desta natureza, que estão enraizados na sociedade e possuem como base o julgamento e não o acolhimento e a empatia pelo sofrimento emocional do outro. Quando estes últimos princípios norteiam o cuidado, o ambiente se torna mais acolhedor para se pedir ajuda quando necessário.

Um dos cuidados longitudinais que pode ser realizado para pacientes que tentaram suicídio é investigar a existência de preconceitos ou estigmas relacionados ao quadro atual e à busca por auxílio profissional, investigando percepções da paciente e da rede de apoio próxima, a fim de promover conhecimento sobre o assunto como forma de cuidado a evitar barreiras para busca de ajuda e manejo de risco.

Identificando necessidades pessoais

Os seres humanos são únicos, assim como cada peça de um quebra-cabeça. Identificar o que é importante e faz a pessoa sentir que a sua vida tem sentido é essencial para que se possa pensar no cuidado longitudinal. Lembrando que a necessidade de um indivíduo pode não ser a mesma do outro e que cada um possui suas singularidades.

Questione a pessoa sobre o que é importante em sua vida, sejam pessoas, atividades de lazer, sentimentos... e a ajude a pensar como satisfazer essas necessidades. Ficou abstrato? Vamos exemplificar!

Estudo de caso

A.J.S, 16 anos, estudante, *Tiktoker*, ama aprender novas técnicas de maquiagem e está pensando em se tornar uma *influencer* digital. Recentemente, seus pais se separaram, ela terminou o namoro de 1 ano e seu desempenho na escola diminuiu. Sentindo-se ansiosa com toda a situação, começou a comer compulsivamente e ganhou 10 kg. Sente-se triste e sua autoestima está baixa. Teve 3 episódios de autolesão não suicida, seu professor identificou que ela precisava de ajuda e realizou articulação com a atenção primária em saúde. Durante a consulta de enfermagem, ela verbalizou que não via mais esperança em viver e que estava passando por uma tempestade muito grande na sua vida. A enfermeira da unidade, durante a anamnese, identificou as seguintes necessidades e confirmou com a adolescente: "sentir-se amada pelos seus pais", "sentir-se parte da sociedade virtual de *influencers*", "fortalecer sua autoestima", "definir estratégias para manejar a sua ansiedade".

A partir da identificação dessas necessidades, é possível fazer um plano de gestão de crises, como supracitado, para manejar a ansiedade. 1) Incentivar a comunicação assertiva com os pais e expor sentimentos quanto à separação, como buscar apoio psicológico. 2) Sobre ser *influencer*, entender melhor como funciona a comunidade virtual e meios de se inserir nela de forma saudável. 3) Compreender fatores que influenciam na sua autoestima e como melhorar saudavelmente.

Uma indicação de um livro que aborda esse assunto é *O palhaço e o psicanalista,* de Christian Dunker e Cláudio Thebas. Muitas vezes as necessidades das pessoas não estão claras e é preciso encontrar singelezas em meio a atitudes e falas para compreender o que para a pessoa é importante, lembrando-se sempre de validar se sua percepção está correta.

Espiritualidade

De acordo com a OMS, a fé e a espiritualidade podem atuar como fatores protetores devido a um sistema de crenças e promoção de atividades, visando a estimular comportamentos benéficos para a saúde[5] e, assim, podendo auxiliar no desenvolvimento do *coping* e na promoção da esperança. No entanto, a OMS ainda alerta para que os profissionais de saúde tenham cautela, visto que, dependendo da religião e de contextos sociais, muitas crenças também podem contribuir para o estigma, preconceito e barreiras para a busca por ajuda em caso de tentativa e risco de suicídio[5].

Assim, o profissional de saúde pode investigar como os componentes da fé e da espiritualidade atuam na vida do paciente, identificando fatores protetores e de risco. Caso o profissional identifique que esses recursos atuam de forma positiva e como fatores protetores, ele pode incentivar a sua manutenção e o engajamento em atividades individuais ou coletivas, se assim for da vontade da pessoa. Além disso, é possível identificar quais são os locais da área de abrangência próxima à moradia do paciente e ajudá-lo nesse engajamento.

Seguimento do tratamento: a atuação com equipe multiprofissional

O profissional de saúde deve investigar o tratamento atual e elaborar um plano de cuidados que envolva a equipe multiprofissional, considerando a integralidade do cuidado. Deve-se verificar se o paciente realiza psicoterapia, uso de medicação ou outros tipos de

acompanhamentos, visando à manutenção e seguimento do tratamento, caso houver.

Além disso, é importante verificar as percepções do paciente acerca do plano de cuidados, visando a reforçar a compreensão acerca da sua importância e incentivando o paciente a participar ativamente, dando continuidade ao tratamento. Pode-se reforçar também sobre a importância de não parar a medicação (caso faça uso) por vontade própria antes de procurar um profissional de saúde, que deverá avaliar clinicamente o seu caso e quais as possibilidades para melhorar e otimizar o tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados longitudinais são compostos por diversas estratégias, cujo objetivo é acompanhar o paciente até que ele não esteja mais em risco de suicídio, visando a elencar estratégias a serem utilizadas para a promoção da saúde mental e a prevenção do suicídio. Os recursos abordados neste capítulo focalizam em redução dos fatores de risco, aumento dos fatores de proteção, estratégias de enfrentamento, gerenciamento de risco, manejo de crises, empoderamento de paciente e rede de apoio e a importância da atuação da equipe multidisciplinar para o cuidado integral do paciente após uma tentativa de suicídio.

QUADRO SÍNTESE

Tipos de estratégia	Definição	Exemplos e ferramentas	Importante!
Criação de vínculo e contato contínuo	O vínculo está relacionado com a construção de uma relação afetuosa e de confiança, que permita níveis crescentes de corresponsabilização no processo de cuidado.	Realização de acompanhamentos periódicos presenciais, como também através de telefonemas, visitas domiciliares, cartas ou mensagens.	A criação de um ambiente seguro, privativo e respeitoso para que a pessoa sinta-se acolhida e amparada é fundamental para a assistência da pessoa em risco de suicídio.
Avaliação de risco inicial e periódica	O profissional de saúde periodicamente deverá realizar a avaliação, gerenciamento de risco e acompanhamento do paciente, podendo assim propor estratégias e cuidados de acordo com essa avaliação.	A avaliação deve incluir a investigação do comportamento suicida, estado mental e o sofrimento emocional da pessoa, histórico de transtorno psiquiátrico, identificação dos fatores de risco e de proteção, acesso a meios, redes de apoio, ocorrência de doença crônica ou outra debilidade física e estresse emocional agudo. Pode-se utilizar o *checklist* deste capítulo para auxiliá-lo na avaliação.	Questionar sobre autolesão ou pensamentos suicidas não provoca ou estimula esses comportamentos e, muitas vezes, pode atuar na redução da ansiedade fazer com que a pessoa sinta-se compreendida, auxiliando na avaliação de risco.

Identificação e engajamento de rede de apoio e recursos	As redes de apoio podem ser família, amigos, comunidade (como trabalho, igrejas ou centros espirituais, escola, voluntariado ou outras atividades nas quais a pessoa possa estar inserida). É importante identificar e engajar essas redes para que possam atuar como suporte para a pessoa em risco de suicídio.	Pode ser elaborada juntamente com o paciente uma lista de contatos e recursos de apoio (amigos, família, contatos de confiança, serviços de saúde) a quem ela pode contatar caso não esteja sentindo-se bem e percebendo o início de ideações. Além disso, pode ser realizado genograma e ecomapa para compreender melhor os vínculos do paciente. Pode-se incentivar o fortalecimento desses vínculos e a descoberta de novos laços.	Os contatos de confiança e apoio devem ser orientados quanto aos sinais de risco e alerta, bem como a não deixarem a pessoa sozinha em caso de crise aguda, removerem acesso a meios e buscarem auxílio profissional. Esses contatos podem ser orientados sobre a importância da escuta ativa, do não julgamento, do acolhimento e apoio como recursos fundamentais.
Identificação de razões para viver e promoção da esperança	Esperança e razões significativas para viver podem contribuir com melhores perspectivas para o futuro e auxiliar no enfrentamento de situações adversas.	Auxiliar a pessoa em risco a encontrar elementos coisas que sejam significativos em sua vida e sugerir a criação de um kit da esperança, um kit da gratidão e uma caixa de memórias felizes, com itens significativos, que a pessoa pode construir e servirá para revisitar em momentos difíceis.	Ter esperança sobre o futuro e possuir razões para viver configuram-se importantes fatores protetores para a prevenção do comportamento suicida e devem ser explorados durante o cuidado.
Promoção da resiliência	A resiliência pode ser definida como um processo adaptativo frente a situações adversas como traumas e outras situações de grande sofrimento emocional, associada a desfechos positivos.	Desenvolvimento de atividades e encontros voltados à identificação e cultivo da resiliência através de um recordatório acerca de situações difíceis e que a pessoa conseguiu superá-la, investigando quais estratégias a pessoa utilizou, quem esteve presente como suporte emocional, o que a fazia sentir melhor ou pior. Pode-se utilizar o material Cultivando a Resiliência, criado pelo CEPS, para auxiliar nesse processo.	A promoção da resiliência pode diminuir as taxas de suicídio em pessoas com elevado risco e deve fazer parte dos planos de tratamento.
Identificação de sentimentos e autorregulação emocional	A autorregulação emocional é um processo que visa ao bem estar emocional através de um conjunto de ações e habilidades de identificação e enfrentamento de sentimentos, tanto positivos como negativos, como estresse, medo, angústia, desesperança e outros.	O profissional de saúde pode auxiliar o paciente a realizar exercícios que o ajudem a identificar suas emoções e maneiras de lidar com elas de forma positiva. Pode-se sugerir que a pessoa crie um journal ou um diário para escrever diariamente sobre seus sentimentos e como lidou com ele ao decorrer dos dias. Pode-se utilizar o modelo de Journal disponibilizado nesse capítulo e/ou a Luneta das Emoções criada pelo CEPS.	Essa estratégia permite que a pessoa consiga identificar suas emoções e agir perante seus sentimentos, auxiliando-a em momentos de crise.

Identificação de estratégias de enfrentamento	Estratégias de enfrentamento podem ser divididas em estratégias focadas no problema ou estratégias focadas na emoção, visando à resolução ou enfrentamento de uma situação adversa ou desfavorável.	O profissional de saúde pode atuar promovendo a identificação, pelo paciente, de estratégias que o indivíduo utiliza em momentos de estresse ou dor emocional, que acredita ter funcionado de forma positiva, substituindo as estratégias disfuncionais por estratégias adaptativas. Pode criar, juntamente com o paciente, um *checklist* dessas estratégias, bem como elaborar novos recursos a serem utilizados em momento de crise.	O desenvolvimento de estratégias de enfrentamento positivas pode auxiliar a diminuir o risco de suicídio e a vivenciar eventos adversos ou estressantes de uma forma mais saudável.
Plano de gestão de crises	O plano de gestão de crises é criado para auxiliar o paciente a elencar diversas estratégias para ajudá-lo em momentos de grande sofrimento emocional.	Para elaborar um plano de gestão de crises o profissional deve identificar, junto com o paciente, gatilhos que o prejudiquem, elencar ações que contribuam para sua autorregulação emocional, disponibilizar e incentivar contatos para busca por ajuda e suporte emocional. Pode-se utilizar o modelo de Plano de Gestão de Crises criado pelo CEPS.	A criação de um plano de gestão de crises pode auxiliar a nortear ações quando o paciente está em sofrimento psíquico, evitando comportamentos que possam prejudicá-lo e colocá-lo em risco.
Vencendo estigmas	O estigma (preconceito) após uma tentativa de suicídio influencia negativamente no convívio social do indivíduo em sofrimento emocional, frente à possível marginalização que esta pessoa pode sofrer.	Investigue a existência de preconceitos ou estigmas relacionados ao quadro atual e a busca por auxílio profissional, examinando percepções do paciente e da rede de apoio próxima, a fim de promover conhecimento sobre o assunto como forma de cuidado a evitar barreiras para busca de ajuda e manejo de risco.	É importante a criação de espaços que sejam acolhedores e que as pessoas possam se sentir ouvidas e respeitadas. Promova um acolhimento sem julgamentos e busque compreender a história e dor do paciente. Garanta a escuta ativa, acolhedora e empática.
Identificando necessidades pessoais	Identificar o que é importante e faz a pessoa sentir que a sua vida tem sentido é essencial para que se possa pensar no cuidado longitudinal.	Questione sobre as necessidades do paciente, bem como identifique na sua fala e em seus gestos o que para ele é importante e dá sentido à vida. Pode-se elaborar, juntamente com paciente, estratégias para atingir e satisfazer essas necessidades.	Lembre-se de que a necessidade de um indivíduo pode não ser a mesma do outro. Trabalhe com base nas singularidades de cada paciente.

Manutenção da espiritualidade	O profissional de saúde pode investigar como os componentes da fé e da espiritualidade atuam na vida do paciente, identificando fatores protetores e de risco. Caso atuem de forma positiva e como fatores protetores, ele pode incentivar a sua manutenção e o engajamento em atividades, se assim for da vontade da pessoa.	Identificar equipamentos sociais que podem auxiliar no desenvolvimento/ manutenção da espiritualidade e de atividades individuais e coletivas.	Auxiliar o paciente a encontrar possibilidades de fortalecimento/ manutenção da espiritualidade, respeitando suas preferências.
Seguimento do tratamento	É importante avaliar como está sendo o tratamento de forma integral, quem são os profissionais envolvidos, quais são as abordagens utilizadas, se há uso de medicamentos e realização de psicoterapia.	Questionar sobre tratamento medicamentoso, realização de psicoterapia, fragilidades e potencialidades (se parou de tomar o remédio, qual foi o motivo?), percepções do paciente.	Importante que o paciente compreenda a importância do tratamento e atue de forma participativa no processo de cuidados.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

REFERÊNCIAS

1. CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva** [*Internet*]. 2011;16(suppl 1):1029-42. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000700036. Acesso em: 31 maio 2022.

2. CUNHA, E. M. **Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS**. Repositório Institucional da FIOCRUZ; 2009. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2587. Acesso em: 31 maio 2022.

3. INAGAKI, M.; KAWASHIMA, Y.; YONEMOTO, N.; YAMADA, M. Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. **BMC Psychiatry** [*Internet*]. 25 jan. 2019;19(1). Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12888-019-2017-7. Acesso em: 31 maio 2022.

4. BROWN, G. K.; GREEN, K. L. A Review of Evidence-Based Follow-Up Care for Suicide Prevention. **American Journal of Preventive Medicine** [*Internet*]. Set 2014;47(3):S209—S215. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.006. Acesso em: 31 maio 2022

5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing Suicide**: A Global Imperative. [Geneva]: World Health Organization; 2014. 89 p.

6. SHAND, F.; VOGL, L.; ROBINSON, J. Improving patient care after a suicide attempt. **Australasian Psychiatry** [*Internet*]. 26 fev 2018;26(2):145-8. Disponível em: https://doi.org/10.1177/1039856218758560. Acesso em: 31 maio 2022.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110p. Disponível em: http://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/313. Acesso em 11 agosto 2022.

8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **MhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance-Use Disorders in Non-Specialized Health Settings - Version 2. 0**: Mental Health Gap Action Programme. Geneva; 2016. 170 p.

9. HUANG, J.; WANG, X.; LI, W.; AN, Y. The relationship between conscientiousness and posttraumatic stress disorder among young Chinese firefighters: The mediating effect of perceived social support. **Psychiatry Research** [*Internet*]. Mar 2019;273:450-5. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.053 Acesso em: 31 maio 2022.

10. CLEMENT, D. N.; WINGATE, L. R.; COLE, A. B.; O'KEEFE, V. M.; HOLLINGSWORTH, D. W.; DAVIDSON, C. L.; HIRSCH, J. K. The common factors of grit, hope, and optimism differentially influence suicide resilience. **International Journal of Environmental Research and Public Health** [*Internet*]. 21 dez 2020;17(24):9588. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph17249588. Acesso em: 30 maio 2022.

11. HUEN, J. M.; IP, B. Y.; HO, S. M.; YIP, P. S. Hope and hopelessness: The role of hope in buffering the impact of hopelessness on suicidal iIdeation. PLOS ONE [*Internet*]. 24 jun 2015;10(6):e0130073. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130073 Acesso em: 30 maio 2022.

12. BECK, A.T.; WEISSMAN, A.; LESTER, D.; TREXLER, L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. J. Consult. **Clin. Psychol**. 1974, 42, 861–865.

13. CUNHA, I. M.; PEREIRA, C. C.; ZANETTI, A. C.; VEDANA, K. G. Inspiration project: Motivation, experiences, messages of support, overcoming and prevention of suicidal behavior. **Archives of Psychiatric Nursing** [*Internet*]. Dez 2020 [citado 25 maio 2022]. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.12.006. Acesso em: 25 maio 2022.

14. LUO, X.; WANG, Q.; WANG, X. et al. Reasons for living and hope as the protective factors against suicidality in Chinese patients with depression: a cross sectional study. **BMC Psychiatry.** 2016, 16(252). https://doi.org/10.1186/s12888-016-0960-0. Acesso em: 11 agosto 2022.

15. SHER, L. Resilience as a focus of suicide research and prevention. **Acta Psychiatrica Scandinavica** [*Internet*]. 20 jun 2019;140(2):169-80. Disponível em: https://doi.org/10.1111/acps.13059. Acesso em: 25 maio 2022.

16. LIANG J.; KÕLVES, K.; LEW, B.; LEO, D. de; YUAN, L.; ABU TALIB, M.; JIA, C. X. Coping strategies and suicidality: A cross-sectional study from China. **Frontiers in Psychiatry** [*Internet*]. 13 mar 2020;11. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00129. Acesso em: 26 maio 2022.

17. RAMOS, F. P.; ENUMO, S. R.; PAULA, K. M. Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. **Estudos de Psicologia** (Campinas) [*Internet*]. Jun 2015;32(2):269-79. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-166x2015000200011. Acesso em: 26 maio 2022.

18. KOPP, C. B. Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. **Developmental Psychology** [*Internet*]. 1989;25(3):343-54. Disponível em: https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.3.343. Acesso em: 30 maio 2022.

19. STANLEY, B.; BROWN, G. K. Safety Planning Intervention: A brief intervention to mitigate suicide

risk. **Cognitive and behavioral practice** [*Internet*]. Maio 2012;19(2):256-64. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001. Acesso em: 31 maio 2022.

20. SILVA, T. D.; SOUGEY, E. B.; SILVA, J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. **Revista Bioética** [*Internet*]. Ago 2015;23(2):419-26. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-80422015232080. Acesso em: 31 maio 2022.

CAPÍTULO 7

FORTALECER A REDE DE APOIO E OS RECURSOS COMUNITÁRIOS

CAPÍTULO 7

FORTALECER A REDE DE APOIO E OS RECURSOS COMUNITÁRIOS

Débora Tatiane Góes Silva
Psicóloga, Doutoranda pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Maraina Gomes Pires Fernandes Dias
Enfermeira, Doutoranda pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Camila Corrêa Matias Pereira
Enfermeira, Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Pós Doutoranda na Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE), Université du Québec à Montréal, Canadá.

Larissa Castelo do Amaral
Enfermeira, Doutoranda pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Luana Vieira Coelho Ferreira
Enfermeira, Doutoranda pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Objetivo do capítulo: Discutir sobre a importância da rede de apoio, compreender o seu papel na prevenção do comportamento suicida, reconhecer os recursos disponíveis na comunidade e o papel do profissional da saúde no fortalecimento dessa rede.

A rede de suporte social tem um importante papel na vida das pessoas, pois oferece apoio, acolhimento, cuidado e direcionamento, favorecendo o desenvolvimento da autonomia e encorajamento diante de situações desafiadoras[1]. O suporte social pode ser formal e informal. O formal é composto por profissionais dos serviços de saúde, assistência social, apoio psicossocial, projetos sociais, grupos de apoio, escolas, conselho tutelar, entre outros que fornecem suporte aos indivíduos. O informal abrange relações pessoais significativas e com vínculo emocional como família, amigos, vizinhos, grupos de atividades de convivência e recreação[1,2]. Neste capítulo, será utilizado o termo rede de assistência em saúde para abordar a rede formal e rede de apoio para a rede informal.

No Brasil, houve uma mobilização da sociedade e profissionais de diversas áreas de atuação

em prol da humanização da assistência em Saúde Mental, que buscou uma rede alternativa de cuidados a pessoas em sofrimento mental[3]. A partir disso, foi implementada a Lei nº 10.216/2001 que dispõe sobre a "proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental", para o cuidado humanizado e atendimento em serviços comunitários, garantindo o envolvimento da sociedade, usuários e familiares[4].

A rede de apoio se apresenta como importante fator protetivo para a saúde mental e prevenção do comportamento suicida[5], uma vez que é composta por pessoas que fazem parte da vida do indivíduo, acolhendo-o em seu convívio, sendo fundamental para todas as etapas do ciclo vital[6]. Cabe salientar que as relações sociais são dinâmicas ao longo da vida, representam importante apoio durante as mudanças e em momentos de crise, além de proporcionarem recursos para o desenvolvimento pessoal[7].

A família é a primeira interação social do ser humano e proporciona os estímulos iniciais para o desenvolvimento biopsicossocial[6]. O conceito de família passou por modificações sociais e culturais ao longo dos anos e não existe uma única definição, devido à complexidade e pluralidade do termo, o que pode levar à negligência, estigma e discriminação nas relações de cuidado[8]. No entanto, pode-se pensar o conceito de família como uma rede de pessoas que convivem e interagem constantemente, possuem vínculo íntimo e afetivo, podendo estabelecer relações de confiança[2].

O ser humano é um ser relacional, ou seja, que necessita da interação para se desenvolver, e essas relações se modificam durante o ciclo vital[9]. Cada etapa tem sua especificidade em relação às características da rede de apoio. Na infância a família tende a ser o núcleo das relações da criança e na adolescência essas relações se expandem para além do contexto familiar[9]. Enquanto na fase adulta, há uma tendência de diminuir o contato com algumas pessoas e as relações passam a ser baseadas em aspectos emocionais e maior estabilidade[6,10]. Em idosos, pode haver a possibilidade de isolamento social, por eventos diversos, como perdas de entes queridos, aposentadoria, problemas de saúde, abandono, entre outros, que contribuem para a restrição da sua rede de apoio[11].

Dessa forma, é importante que o profissional da saúde, além de identificar a rede de suporte social (assistência em saúde e rede de apoio), avalie a qualidade das relações em suas diferentes etapas, de forma abrangente e contínua, uma vez que relacionar-se está intimamente ligado à convivência frequente e reciprocidades significativas e afetivas, em que cada pessoa pode desempenhar um papel[7]. Sendo assim, a qualidade das relações impactará significativamente no desenvolvimento do plano de cuidado integral que será planejado pela equipe de saúde.

Em específico ao comportamento suicida, a sua prevenção necessita de melhor compreensão. Apesar da preocupação dos órgãos nacionais e internacionais na criação de leis e estratégias para o enfrentamento do comportamento suicida, nota-se o enfraquecimento de vínculos afetivos. Com isso, é fundamental o resgate e o fortalecimento da rede de apoio[12]. É importante acrescentar que a humanização deve se estender a todo processo de cuidado da pessoa em sofrimento mental e sua rede de apoio, inclusive quando há necessidade de comunicar uma má notícia[13]. O profissional de saúde necessita de preparo para realizar esse tipo de comunicação, a fim de oferecer acolhimento, suporte e fortalecimento da rede de apoio[14].

IMPORTÂNCIA DA REDE DE APOIO E DE RECURSOS COMUNITÁRIOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Os tipos de relações sociais estabelecidas entre os indivíduos podem interferir significativamente no bem-estar e na saúde individual. O apoio informal consiste no auxílio baseado na informalidade e experiências em comum de pessoas presentes no cotidiano e não treinadas para tal (familiares, amigos, vizinhos, parceiros, colegas de trabalho, outros pacientes, etc)[15]. O suporte social, as redes sociais pessoais podem assumir importantes papéis nos processos de intervenção social em diversas fases do ciclo vital[16].

No cuidado da pessoa em sofrimento mental, é fundamental que ocorra o conhecimento da rede de serviços e do apoio para além dos serviços da rede de saúde mental (rede de assistência em saúde) e que são de imensa importância para o cuidado[17]. Dessa forma, para o desenvolvimento de uma rede de cuidado, os serviços de saúde necessitam ir além do modelo biomédico e envolver diferentes segmentos sociais, já que os dispositivos comunitários funcionam como importante fonte de apoio social, contribuindo para a melhoria da saúde mental e, consequentemente, para a qualidade de vida da população[18,19].

É de vital importância incluir os profissionais dos serviços de saúde na identificação dos recursos ou fontes de apoio social (rede de assistência em saúde e rede de apoio) em cada território de atuação, para descobrir as potencialidades e fragilidades na composição da rede de apoio e dos recursos comunitários atuantes nas demandas relacionadas à saúde mental[20]. É importante também considerar o conceito de capital social que compreende o relacionamento e a rede de contatos que diz respeito à coesão, participação/integração, apoio social, entre outros determinantes sociais de saúde mental e saúde em geral. A reflexão dentro do capital social envolve dois níveis, o micro (recursos individuais, pessoais ou familiares) e o macro (vizinhança, comunidade, serviços especializados)[21,22]. A concepção

de capital social atua na existência de recursos e no estabelecimento de relações que auxiliam no acesso a esses recursos, resultando em acolhimento, articulações intersetoriais fora do setor saúde e nova relação entre profissionais e comunidade, funcionando como fator protetivo[20].

O comportamento suicida é um grave problema de saúde pública mundial, além de ser um problema social[23], que precisa envolver diversos setores sociais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a iniciativa mundial SUPRE em 1999 para a prevenção do suicídio, propondo ações para a formação de uma corrente envolvendo diversas pessoas e grupos, incluindo profissionais de saúde, educadores, agentes sociais, governantes, legisladores, comunicadores sociais, forças da lei, famílias e comunidades. Dentre os recursos de apoio disponíveis na comunidade estão a família, amigos, colegas, parceiros, líderes religiosos, líderes comunitários, centros de crise e profissionais de saúde[24]. Como citamos anteriormente, essa rede de apoio é um fator protetivo importante para o indivíduo com comportamento suicida, porém, não pode ser vista exclusivamente como rede de vigilância e suporte, tendo também importantes necessidades de promoção da saúde mental[25].

Os órgãos de saúde precisam da colaboração de outros setores que possam complementar as ações, o planejamento, o desenvolvimento de políticas públicas sociais e de saúde e uma estratégia nacional de prevenção do suicídio[25]. Para potencializar as atividades de cuidado e acolher a complexidade do indivíduo em sofrimento mental, é preciso considerar as redes de apoio e os recursos comunitários na promoção da saúde mental e prevenção do suicídio.

ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL NA SAÚDE MENTAL E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

A intersetorialidade se apresenta como uma prática social e de construção de políticas públicas mediante a articulação entre usuários, profissionais e serviços, visando ao enfrentamento de problemas sociais e possibilidades para a resolução de demandas, que tenham resultados significativos para a população. Para isso, a interação entre as pessoas e a rede assistencial e de apoio deve ser constante, por meio de processos organizados e pautados no respeito às diferenças e especificidades dos participantes envolvidos[26].

Além disso, a partir do olhar para ações coletivas e integradas, a intersetorialidade se torna a base para a implementação de políticas e programas sociais, que asseguram os direitos de cidadania, como educação, habitação, trabalho e renda[27].

Esse trabalho entre os serviços deve ser pensado como uma corresponsabilização

do cuidado e no fortalecimento da comunicação entre os dispositivos, para que não haja ações de forma isolada. Ou seja, é necessário um compartilhamento de conhecimentos, vivências e experiências na criação dos projetos terapêuticos para o indivíduo, família e comunidade[28].

Colocar em prática a intersetorialidade é um desafio, pois exige uma mobilização coletiva, de diferentes segmentos, no intuito de atender demandas sociais, que podem ser amplas e complexas. Nesse aspecto, é preciso interesse, cooperação, flexibilidade e reconhecimento das limitações[26]. No contexto da saúde, a articulação intersetorial envolve a comunicação e trabalho conjunto de diversos setores: educação, segurança, trabalho, emprego, habitação, cultura, dentre outros. Mas, para que a articulação seja efetiva, é preciso superar o modelo hospitalocêntrico, biomédico e verticalizado, que ainda está enraizado no sistema de saúde[26,28,29].

Na Política de Saúde Mental, a articulação intersetorial tem como base os serviços comunitários, uma das conquistas advindas da Reforma Psiquiátrica, que ultrapassa o modelo manicomial. Neste espaço, utilizam-se todos os recursos disponíveis no território, na busca de um cuidado efetivo para a pessoa com transtorno mental, visando à sua reinserção social, conquista da autonomia e exercício da cidadania[27,30].

Na perspectiva de ações intersetoriais na saúde mental, um estudo de revisão evidenciou que podem ser constituídas por meio de diferentes estratégias e segmentos, por exemplo: ações de intervenção nas escolas e instituições de ensino superior (educação em saúde nos períodos de aula, centros de saúde no interior da escola, serviços de assistência psicológica/psicoterapia e atendimento de emergência); intervenções educativas (capacitação de profissionais para avaliação e manejo diante as demandas de saúde mental); intervenções sociais (parcerias que promovam a reintegração familiar, escolar e social, busca ativa de pessoas com difícil adesão a tratamentos de saúde mental); e intervenções de inclusão no trabalho (promover formação profissional, geração de emprego e recursos para fortalecer a reinserção ao trabalho de pessoas com transtornos mentais ou com histórico de internação psiquiátrica)[28].

Ainda, as ações intersetoriais em saúde mental podem ser realizadas mediante parcerias com Organizações não Governamentais (ONGs), como: na concessão de subsídios sociais; na implementação de fóruns e discussões (debate de questões no âmbito da saúde mental); intervenções na comunidade (apoio e inclusão da família no cuidado ao familiar em sofrimento mental); intervenções comunitárias e de entidades religiosas (auxílio dos membros da comunidade e da igreja na identificação de conhecidos e pessoas em sofrimento mental, bem como no acolhimento e encaminhamento para serviços e profissionais de saúde de referência); e intervenções de lazer (atividades culturais,

esportivas e de saúde mental, por meio de orientações e identificação de vulnerabilidades)[28].

No âmbito da prevenção do suicídio, a articulação intersetorial também é essencial. Diante de um problema de saúde pública complexo e multicausal, o enfrentamento deve incluir ações abrangentes e dinâmicas, como a intervenção multidisciplinar entre os profissionais da rede de saúde. Por exemplo: quando uma pessoa é admitida em uma unidade de saúde por intoxicação medicamentosa, a assistência não deve se limitar aos cuidados biológicos, mas é preciso um olhar holístico, na tentativa de compreender o ocorrido e visar a um trabalho em rede e multidisciplinar na reabilitação da pessoa que tentou suicídio, e na busca de uma rede de apoio na comunidade, para fortalecer os fatores de proteção e prevenção do suicídio[29,31].

A OMS também preconiza que estratégias multisetoriais de prevenção do suicídio sejam implementadas em todas as esferas governamentais (municipal, estadual e nacional), no desenvolvimento de ações envolvendo a população como um todo e especialmente pessoas em situação de vulnerabilidade[32].

Um estudo[29] de revisão narrativa sobre integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde na prevenção do suicídio e no tratamento de pessoas com comportamento suicida evidenciou, em seus resultados, algumas estratégias: projetos de acolhimento a pessoas com comportamento suicida, capacitação de profissionais na avaliação de risco e manejo desses casos; seminários abordando a temática do suicídio; realização de grupos de apoio aos sobreviventes e enlutados por suicídio, entre outras ações que podem ser realizadas por dispositivos públicos, privados ou filantrópicos. Ou seja, por meio da integração de serviços e de intervenções políticas, sociais e econômicas, que garantam um cuidado integral frente ao comportamento suicida[29].

Como visto, as ações intersetoriais favorecem o exercício democrático e de participação social, por meio da criação de espaços de diálogo, reflexões, vínculos, relações horizontais e parcerias sociais, visando ao compartilhamento de saberes que superam a fragmentação das responsabilidades e do conhecimento. Além disso, favorecem o acesso das pessoas em sofrimento mental aos serviços da rede e à adesão aos projetos terapêuticos[26,28].

RECOMENDAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS/SERVIÇOS DE SAÚDE NO FORTALECIMENTO E QUALIFICAÇÃO DA REDE DE APOIO

O fortalecimento da rede de apoio para promoção da saúde mental e prevenção do suicídio favorece o cuidado integral, ético e minimiza estigmas e preconceitos. Na prevenção do suicídio, as ações devem ser realizadas de forma permanente e contínua, não apenas

em momentos de crise. Deve-se buscar a construção de planos e estratégias visando a valorização da vida por meio de ações sociais e educação em saúde[29]. Nesse sentido, algumas recomendações para os profissionais e serviços de saúde no fortalecimento e qualificação da rede de apoio na comunidade incluem[28,29,32]:

- Parcerias com instituições de ensino: realizar e fortalecer parcerias entre serviços de saúde e instituições de ensino (escolas, universidades), seja na capacitação dos profissionais para a avaliação e manejo frente ao comportamento suicida e/ou no apoio para implementar ações de promoção da saúde mental no ambiente escolar/acadêmico, como o oferecimento de atendimento psicológico, grupos terapêuticos, desenvolvimento de habilidades sociais, enfrentamento a comportamentos preconceituosos, entre outros.
- Apoio da universidade com recursos pessoais: incluir acadêmicos no planejamento e execução de estratégias de promoção da saúde mental e prevenção do suicídio para a comunidade, tais como atividades de capacitação profissional, campanhas de saúde, ações educativas em escolas, empresas, entre outras.
- Inclusão da família ou cuidador no processo de cuidar: incluir a família, em suas diferentes configurações, nas ações, estratégias e projetos relacionados à saúde, independente do ambiente e espaço que sejam realizadas (igreja, escola, entre outros), para que participem do processo de cuidar, recebendo orientação e apoio necessários. Outra estratégia importante é a realização de grupos de apoio com esses familiares para troca de experiências, vivências e suporte social.
- Ações comunitárias direcionadas: promover ações comunitárias e intervenções direcionadas a grupos e pessoas em situação de vulnerabilidade, como estudantes em risco de suicídio.
- Realização de fóruns na comunidade e incentivo da participação social: promover fóruns para debater questões de saúde mental e sobre suicídio, assim como incentivar a participação social em conselhos e conferências de saúde.
- Realização de atividades de lazer e cultura na comunidade: implementar atividades como oficinas de dança, teatro, música, artes, artesanato, entre outros, aproveitando tais momentos para desenvolver relações e reinserção social, identificar vulnerabilidades, combater estigmas e criar oportunidades para usuários dos serviços de saúde mental.
- Capacitação profissional nos serviços de saúde: realizar capacitação dos profissionais nos diferentes dispositivos (unidades de saúde, ambulatórios, hospitais) para o adequado acolhimento de pessoas em sofrimento mental e risco de suicídio, visando a um trabalho multidisciplinar e multisetorial para garantir a continuidade do tratamento.
- Monitoramento de pessoas/grupos com comportamento suicida: realizar avaliação e monitoramento dos casos identificados como risco de suicídio e oferecer

apoio aos envolvidos no caso de morte por suicídio, além de orientar e incentivar a correta notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada.

- Orientações e parcerias com a mídia local: buscar o apoio da mídia para destacar e divulgar de forma responsável a importância da prevenção do suicídio, promovendo a sensibilização da comunidade sobre o tema. Além disso, nas diferentes ações e estratégias, educar para que assuntos sobre suicídio sejam abordados de forma responsável e segura, sem um caráter simplista, sensacionalista ou romantizado, divulgando sempre que possível os sinais de alerta e os locais e canais de ajuda.
- Vínculos com demais recursos disponíveis no território (igrejas, centros culturais e esportivos, comerciantes, empresas locais, entre outros: criar e fortalecer parcerias para que os atores sociais pertencentes a esses setores possam auxiliar na identificação das pessoas em sofrimento mental, com acolhimento, apoio e, quando necessário, no encaminhamento aos serviços de saúde de referência. Tais ações promovem a integralidade do cuidado e a inclusão social.

A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS RELACIONADA AO SUICÍDIO: ABORDAGEM CUIDADOSA E EMPÁTICA COM A REDE DE APOIO

A comunicação é uma peça-chave na interação entre os seres vivos. Especificamente entre os seres humanos, é necessário que haja clareza e certificação de que a mensagem foi compreendida, a fim de evitar problemas de interpretação. Na área da saúde, a comunicação pode parecer desafiadora a depender da mensagem que necessita ser transmitida. Por isso, é fundamental que essa comunicação seja feita de forma clara, compreensível e tranquila por todas as partes envolvidas nela, pois o entendimento entre família, paciente e profissional da saúde pode se tornar um desafio, principalmente em momentos delicados como o de comunicar uma má notícia[33].

A comunicação de más notícias é definida como toda e qualquer informação que seja capaz de provocar mudanças drásticas e de cunho negativo na perspectiva futura do paciente[34,35]. Muitos profissionais preferem evitar o momento de comunicar más notícias, no entanto, eventos adversos fazem parte do cotidiano de qualquer pessoa, especialmente no trabalho em saúde.

O ambiente dos serviços de saúde culmina em más notícias e, nessa perspectiva, a comunicação realizada de forma preparada, adequada e clara também faz parte do cuidado em saúde[13]. Além disso, é importante acrescentar que a equipe de trabalhadores da saúde ressalta diversos fatores que, conectados entre si, tornam o percurso de comunicação ainda mais desafiador, ocasionando impactos negativos em diversos setores como a continuidade do cuidado[36]. Por outro lado, quando o processo de comunicação é

realizado de forma adequada, ele tem a capacidade de diminuir processos conflituosos, desentendimentos entre equipes de saúde, pacientes e familiares. Sendo assim, ressalta-se a influência positiva que o preparo apropriado é capaz de oferecer ao profissional.

A capacitação profissional em comunicação de más notícias pode ser ofertada desde a graduação ou durante treinamentos prévios. O preparo adequado oferece as ferramentas necessárias para esse momento, além de diminuir as dificuldades e os anseios vivenciados pelos profissionais da saúde[14]. Diante disso, existem alguns protocolos oficiais que podem ser utilizados como ferramentas de auxílio profissional para comunicação de más notícias. O protocolo SPIKES, um dos mais utilizados na área da saúde, é composto de seis passos capazes de conferir maior segurança ao profissional comunicador, direcionando-o para a comunicação assertiva.

Protocolo SPIKES para comunicação de más notícias[36]:

- **S** - *Setting Up* (Preparação): esteja pronto para o encontro com a pessoa receptora da notícia. Nesse momento, você, profissional da saúde, deve planejar o encontro e preparar um ambiente que seja adequado para a comunicação (diminua a possibilidade de interrupções e ruídos e tenha preferência por locais discretos que estejam disponíveis). Se possível, permita que a pessoa esteja acompanhada e não sozinha.
- **P** - *Perception* (Percepção): investigue o que o paciente previamente conhece acerca do assunto que será discutido, saiba o que a pessoa pensa acerca do tema e providencie tempo para quem receberá a má notícia.
- **I** - *Invitation* (Convite): saiba o que a pessoa tem vontade de saber acerca do assunto, deixe claro que está disponível para conversar assim que o receptor da notícia estiver preparado.
- **K** - *Knowledge* (Conhecimento): assegure-se de que está transmitindo as informações de forma clara e adequada ao vocabulário da pessoa que está recebendo a notícia. Atente-se para a utilização excessiva de termos técnicos.
- **E** - *Emotions* (Emoções): auxilie a pessoa a reconhecer como se sente enquanto recebe a má notícia, recepcione as emoções de maneira serena e compreensiva, lembre-se de que a empatia é muito importante.
- **S** - *Strategy/Summary* (Estratégia e Resumo): organize as informações abordadas durante a conversa, reflita e organize os próximos movimentos junto da pessoa, esteja disponível para auxiliá-la nesse processo.

Vale ressaltar que o protocolo SPIKES pode ser utilizado em todos os contextos de comunicação de más notícias, inclusive quando estiver relacionada ao comportamento suicida. A comunicação de más notícias envolvendo o comportamento suicida pode ser ainda mais desafiadora para todos os envolvidos, por se tratar de uma temática cercada

de estigmas e crenças que dificultam até mesmo o acolhimento, tão necessário para esse momento[37,38].

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, amparada pela Lei n° 13.819 de 26 de abril de 2019[39], prevê recomendações a respeito da atitude adequada perante as pessoas próximas e os familiares envolvidos nesse cenário, além de orientações relacionadas à educação permanente dos profissionais envolvidos no atendimento. A tentativa de suicídio e o óbito por suicídio se configuram como uma importante modificação no cotidiano familiar, causando impactos significativos em pessoas próximas e familiares, ressaltando a necessidade de cuidados e estratégias específicas para os envolvidos[40].

Nesse contexto, o preparo do profissional comunicador é essencial para oferecer o acolhimento adequado à rede de apoio da pessoa em sofrimento mental, além de viabilizar a manutenção do fortalecimento da rede, que se apresenta com um dos principais desafios para os profissionais de saúde, devido às demandas emocionais que a comunicação relacionada ao suicídio exige de todos os envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fortalecimento da rede de apoio é fundamental para a prevenção do comportamento suicida e requer um preparo adequado dos profissionais envolvidos no cuidado à pessoa em sofrimento mental. Nesse sentido, é necessário manter a proximidade com a rede de apoio, oferecendo acolhimento, orientações adequadas, avaliação de risco de suicídio, quando houver necessidade, além da articulação intersetorial relacionada às especificidades da pessoa em sofrimento mental e/ou sua rede de apoio. É importante salientar que o despreparo do profissional de saúde pode impactar de forma importante na vida das pessoas que compõem a rede de apoio nesse momento de vulnerabilidade, reforçando a necessidade da busca pela capacitação contínua relacionada à promoção da saúde mental e prevenção do suicídio.

CASO PRÁTICO

José é um senhor de 66 anos muito conhecido na comunidade onde vive. Casou-se aos 22 anos com D. Filomena e tiveram três filhos. Trabalhou como auxiliar de serviços gerais por longos anos, ganhando salário suficiente para ajudar no sustento da família, juntamente com a renda de sua esposa, que era empregada doméstica. Sua maior satisfação foi conseguir que seus três filhos concluíssem o ensino superior. Há um ano, o senhor José perdeu a esposa, e a casa em que ele mora há muitos anos traz lembranças

dos momentos significativos que viveram juntos. D. Filomena, além de esposa, também era muito ativa como cuidadora do senhor José, que faz tratamento para diabetes há 10 anos e necessita de medicamento constante e alimentação saudável. Atualmente, o senhor José mora sozinho e está com dificuldade para se cuidar. Os filhos residem em outro estado, mas têm uma ótima relação com o pai.

A agente comunitária de saúde (ACS), que acompanha a família há sete anos, vem percebendo que desde a morte de dona Filomena, o senhor José está mais isolado e com falas depreciativas como: "- Eu não sirvo mais para nada, sou aposentado, criei meus filhos e estou sem minha esposa"; "- Já fiz o que tinha que fazer aqui"; "- Deus precisa me levar". Nas duas últimas visitas da ACS, ele não a atendeu, porém a agente percebeu que ele estava na casa. Preocupada com a saúde do senhor José, a ACS levou o caso para discussão com a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Na reunião com a ACS, participaram o médico, a enfermeira e a psicóloga que atendem o senhor José. Após a ACS relatar o caso, a equipe pensou em estratégias para realização do cuidado, e assim foram definidos alguns passos:

1. Realizar o acolhimento do senhor José, por meio da visita domiciliar junto com ACS, a fim de estabelecer maior proximidade com escuta empática, para compreender seus sentimentos e identificar suas necessidades[41].
2. Avaliar o risco de suicídio utilizando a ferramenta RISCO[42], partindo das ações:
   - Reconhecer: Incentivar o senhor José a reconhecer sentimentos, emoções e sintomas que podem estar relacionados a situações que causem tristeza, raiva, isolamento, entre outros sentimentos que podem aumentar o risco de desenvolver o comportamento suicida.
   - Incentivar a falar: oferecer espaço para que o senhor José possa se expressar sobre as situações de vida que vem enfrentando. Realizar o acolhimento com escuta atenta, sem julgamentos e deixando-o à vontade para falar com calma. Orientá-lo a não tomar nenhuma grande decisão no momento em que estiver sentindo-se triste ou com raiva.
   - Sozinho não dá: ajudar o senhor José a pensar em pessoas que considera importantes para a sua vida e que ele poderia conversar quando estivesse com algum sentimento ou pensamento como a tristeza, raiva ou a vontade de ficar sozinho. No entanto, é importante avaliar a qualidade das relações (Quadro 1) elencadas pelo senhor José, ou seja, analisar se as pessoas indicadas têm realmente um vínculo afetivo com ele e estão dispostas a ajudá-lo. Essas pessoas poderão compor a sua rede de apoio[6,11,43];
   - Cuidar: utilizar estratégias que são importantes nesse momento de acolhimento, oferecendo segurança para que o senhor José se expresse. Manter tom de voz calmo, realizar contato visual durante a conversa, ajudá-lo a

refletir e lidar com as situações que verbaliza, entre outros.

- Obter ajuda profissional: Acionar outros serviços da rede de assistência em saúde, pensando na articulação intersetorial para a prevenção em rede, após a avaliação da equipe.

Quadro 1: Estratégias para avaliação da qualidade da rede de apoio.

- Motivar a fala sobre momentos importantes em que as pessoas elencadas estiveram presentes para apoiá-lo.
- Identificar a frequência com que essas pessoas estão presentes na vida do senhor José.
- Identificar quais atividades costumam praticar juntos.
- Solicitar que o senhor José nomeie os sentimentos que tem em relação às pessoas que ele elegeu para compor sua rede de apoio.
- Solicitar autorização do senhor José para entrar em contato com as pessoas que poderão compor sua rede de apoio.

Fonte: Juliano & Yunes, 2014, adaptado pelos autores.

3. Identificar as atividades preferidas do senhor José e localizar grupos, projetos sociais, ONG's e centros que promovam essas atividades para informá-lo. Caso haja resistência por parte dele, é importante solicitar que uma pessoa responsável por essas atividades entre em contato com o senhor José[11,43].
4. Manter a comunicação ativa entre a equipe de saúde responsável pelo cuidado, a rede de assistência em saúde, rede de apoio e os grupos ou instituições frequentadas pelo senhor José, a fim de realizar o acompanhamento e proporcionar o cuidado integral[43,44].
5. Garantir que haja uma periodicidade no acompanhamento do senhor José (consultas médicas, atividades recreativas, participação em projetos sociais e visitas domiciliares)[43,44].

QUADRO SÍNTESE

Qual a temática abordada no capítulo?

O capítulo aborda conteúdo científico relacionado ao fortalecimento da rede de apoio, o seu papel na prevenção do comportamento suicida e os recursos disponíveis na comunidade para auxiliar o profissional de saúde em sua atuação para o desenvolvimento de ações relacionadas ao cuidado em saúde mental.

Pontos importantes na discussão:

- A identificação e o fortalecimento da rede de apoio de pessoas com comportamento suicida são vistas como um desafio para a equipe de saúde. No entanto, representam um recurso fundamental para a atuação efetiva e assertiva do profissional na promoção da saúde mental e prevenção do suicídio. O reconhecimento da importância do fortalecimento da rede de apoio e recursos comunitários pode facilitar o planejamento do cuidado integral à pessoa em sofrimento mental, apresentando-se como fator protetivo.
- A articulação intersetorial também contribui para a efetividade dessas ações e fortalece a assistência em saúde mental. Por outro lado, o despreparo dos profissionais de saúde na abordagem da rede de apoio pode impactar significativamente no seu fortalecimento, reforçando a necessidade da capacitação contínua.
- A assistência à rede de apoio engloba todas as ações de cuidado, inclusive a forma adequada de comunicação entre todos os envolvidos. A clareza na comunicação é a chave para o processo do cuidado à pessoa em sofrimento mental e sua rede de apoio.

Conclusão: O capítulo traz discussões, reflexões, direcionamentos e ferramentas para proporcionar segurança ao profissional de saúde em sua atuação no fortalecimento da rede de apoio para a prevenção do comportamento suicida.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

REFERÊNCIAS

1. PIZZINATO, A.; PAGNUSSAT, E.; CARGNELUTTI, E. S.; LOBO, N. S.; MOTTA, R. F. Análise da rede de apoio e do apoio social na percepção de usuários e profissionais da proteção social básica. **Estudos de Psicologia**, 2018. Abr;23(2):145-156. http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20180015.

2. SILVEIRA, A. O.; BERNARDES, R. C.; WERNET, M.; PONTES, T. B.; SILVA, A. A. O. Rede de apoio social familiar e a promoção do desenvolvimento infantil. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, 2016. Mai;4(1):6-16. https://doi.org/10.18554/refacs.v4i1.1528.

3. FRAZATTO, C. F.; BIGATTO, K. R. S. Os organismos comunitários em saúde mental no Quebec, Canadá. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, 2019. Rio de Janeiro, 29(3):e290315. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290315. Acesso em: 11 agosto 2022.

4. BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.[*Internet*]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 11 agosto 2022.

5. EDWARDS, T. M.; PATTERSON, J. E.; GRIFFITH, J. L. Suicide prevention: The role of families and carers. **Asia-Pacific psychiatry:** official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists, 2021. 13(3):e12453. Disponível em: https://doi.org/10.1111/appy.12453. Acesso em: 11 agosto 2022.

6. SEIBEL, B. L.; FALCETO, O. G.; HOLLIST, C. S.; SPRINGER, P.; FERNANDES, C. L. C.; KOLLER, S. H. Rede de apoio social e funcionamento familiar: estudo longitudinal sobre famílias em vulnerabilidade social. **Pensando famílias.** 2017, 21(1):120-136. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000100010&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 11 agosto 2022.

7. JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente e Sociedade**, 2014 Set;17(3) https://doi.org/10.1590/S1414-753X2014000300009.

8. CAMPOS, L. L.; MELO, A. K. Noção de família(s) no campo da saúde brasileira: ensaio-reflexivo. **Escola Anna Nery Revista**. 2022, 26. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0197.

9. VYGOTSKI, L. S. **Obras escogidas**: psicología infantil. Tomo IV, 1996. Trad. Lydia Kuper. Madrid: Visor Dist. S.A.

10. WRZUS, C.; HÄNEL, M.; WAGNER, J.; NEYER, F. J. Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis. **Psychological Bulletin**. 2013, 139(1), 53–80. Disponível em: https://doi.org/10.1037/a0028601. Acesso em: 11 agosto 2022.

11. MAIA, C. M. L.; CASTRO, F. V.; FONSECA, A. M. G.; FERNÁNDEZ, M. I. R. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. **Revista INFAD de Psicologia** [*Internet*]. 2016 Jul;1(1):293-306. Disponível em: https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.279. Acesso em: 11 agosto 2022.

12. PENSO, M. A.; SENA, D. P. A. A desesperança do jovem e o suicídio como solução. **Sociedade e Estado**. 2020 Jan-Abr;35 (01). Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202035010004. Acesso em: 11 agosto 2022.

13. GRINSTEAD, R.; EL GHOUAYEL, M.; SHARMA, A. K. Effective Communication of an Adverse Outcome After a Procedure. **Journal of Radiology Nursing**. 2020 set; 39(3): 207-209. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2020.01.005. Acesso em: 11 agosto 2022.

14. CALSAVARA, V. J.; COMIN, F. S.; CORSI, C. A. C. A comunicação de más notícias em saúde: aproximações com a abordagem centrada na pessoa. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**. 2019 mai; 25(1): 92-102. Disponível em: http://dx.doi.org/10.18065/RAG.2019v25.9. Acesso em: 11 agosto 2022.

15. CAMPBELL, P.; WYNNE-JONES, G.; DUNN, K. M. The influence of informal social support on risk and prognosis in spinal pain: a systematic review. **European Journal of Pain**. 2011 Mai;15(5):444.e1.e14.

16. GUADALUPE, S.; CARDOSO, J. As redes de suporte social informal como fontes de provisão social em Portugal: o caso da população idosa. **Sociedade e Estado**. 2018 Jan-Abr;33(1). Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0102-699220183301009. Acesso em: 11 agosto 2022.

17. ESLABÃO, A. D.; COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P.; PINHO, L. B.; SANTOS, E. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** 2017. Mar;38(1):e60973. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.60973. Acesso em: 11 agosto 2022.

18. MUNARI, D. B.; MELO, T. S.; PAGOTTO, V.; ROCHA, B. S.; SOARES, C. B.; MEDEIROS, M. Saúde mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** 2008, 10(3):784-95. Disponível em: https://doi.org/10.5216/ree.v10.46643. Acesso em: 11 agosto 2022.

19. CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Mental health in primary health care: practices of the family health team. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2011. 45(6):1501-6. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032. Acesso em: 11 agosto 2022.

20. SOUZA, J. de.; ALMEIDA, L. Y. de; Veloso, T. M. C.; BARBOSA, S. P.; VEDANA, K. G. G. Estratégia de saúde da família: recursos comunitários na atenção à saúde mental [*Internet*]. **Acta Paulista de Enfermagem,** 2013. 26(6):594-600. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000600014. Acesso em: 11 agosto 2022.

21. THIRY-CHERQUES, H. R. **Métodos estruturalistas**: pesquisa em ciências da gestão. São Paulo: Atlas, 2008.

22. NYQVIST, F.; FORSMAN, A.; GIUNTOI, G.; CATTAN, M. Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. **Aging & Mental Health**, 2013. 17(4):394-410. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13607863.2012.742490. Acesso em: 11 agosto 2022.

23. BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Prevenção do Suicídio**. Programa Nacional para a Saúde Mental: Brasília, 2017. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres. Acesso em: 30 maio 2022.

24. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra, 2000. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67603/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf;jsessionid=FA2FDD4622A2F2333F1CD1750B5E4F5B?sequence=8. Acesso em: 11 agosto 2022.

25. MULLER, S. A.; PEREIRA, G.; ZANON, R. B. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED**, 2017. Passo Fundo, Dez;9(2):6-23. Disponível em: http://dx.doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.1686. Acesso em: 11 agosto 2022.

26. MACHADO, L. A. **Construindo a intersetorialidade** [*Internet*], 2010. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/conferencias-e-encontros/conferencia-estadual-de-saude-mental/textos/3153-construindo-a-intersetorialidade/file. Acesso em: 11 agosto 2022.

27. PEREIRA, S. L. B. Saúde mental e intersetorialidade: reflexões a partir de demandas aos assistentes sociais. **Ser Social:** Estado, Democracia e Saúde [*Internet*], 2020. 22(46):72-98. Disponível em: https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.24947. Acesso em: 11 agosto 2022.

28. SILVA, L. M.; OLSCHOWSKY, A.; SILVA, A. B.; PAVANI, F. M.; WETZEL, C. Ações de Intersetorialidade em Saúde Mental: Uma Revisão Integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental *Online*** [*Internet*], 2019;11(3):763-770. Disponível em: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.763-770. Acesso em: 11 agosto 2022.

29. SANTOS, L. A.; KIND, L. (2020). Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. **Interface** (Botucatu) [*Internet*], 24:e190116. Disponível em: https://doi.org/10.1590/Interface.190116. Acesso em: 11 agosto 2022.

30. PEREIRA, S. L. B.; GUIMARÃES, S. de J. Rede, instituições e articulação: desafios e possibilidades para a intersetorialidade na política de saúde mental. **Barbarói** [*Internet*]. Out;2019;1(53):185-207. Disponível em: https://doi.org/10.17058/barbaroi.v1i53.12806. Acesso em: 11 agosto 2022.

31. MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (organizadores). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Abertura, 2009, p. 43-68. Disponível em: https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf Acesso em: 11 agosto 2022.

32. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National suicide prevention strategies:** Progress, examples and indicators. Geneva, 2018. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/279765. Acesso em: 10 agosto 2022.

33. SILVA NOGUEIRA, J. W. R. M. da; RODRIGUES, M. C. S. Effective communication in teamwork in health a challenge for patient safety. **Cogitare Enfermagem,** 2015. 20 (3): 630-4.

34. SARWAR, M. Z.; REHMAN, F.; FATIMA, S. M.; SUHAIL, M.; NAQI, S. A. Breaking bad news skill of postgraduate residents of tertiary care hospital of Lahore, Pakistan: A cross-sectional survey. **JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association,** 2019. 69(5): 695-699.

35. NIELSEN, P. E.; MUNROE, M.; FOGLIA, L. Collaborative practice model: improving the delivery of bad news. Clinical **Journal of Oncology Nursing**, 2012. 22(1):23-7.

36. CAMARGO, N. C.; LIMA, M. G. D.; BRIETZKE, E.; MUCCI, S.; GÓIS, A. F. T. D.Teaching how to deliver bad news: a systematic review. **Revista Bioética**, 2019. 27: 326-340.

37. VEDANA, K. G.; PEREIRA, C. C.; SANTOS, J. C. dos; VENTURA, C.; MORAES, S. M.; MIASSO, A. I.; ZANETTI, A. C. G.; BORGES, T. L. The meaning of suicidal behaviour from the perspective of senior nursing undergraduate students. **International journal of mental health nursing,** 2018. 27(3): 1149-1161.

38. OLIVEIRA, R. A. D.; MORAIS, M. R.; SANTOS, R. C. O comportamento suicida no pronto-socorro de um hospital de urgências: percepção do profissional de Enfermagem. **Revista da SBPH,** 2020. 23(2): 51-64.

39. BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm#art11. Acesso em: 11 agosto 2022.

40. TEIXEIRA, M. T.; MACHADO, K. D. F. C.; SILVA F. P. da; SIQUEIRA, D. F. de; HAAG, B. K.; MARCHIORI, M. R. C. T.; SOCCOL, K. L. S. Tentativa de suicídio e a relação familiar: análise da produção científica. **Disciplinarum Scientia Saúde,** 2019. 20(2): 621-635.

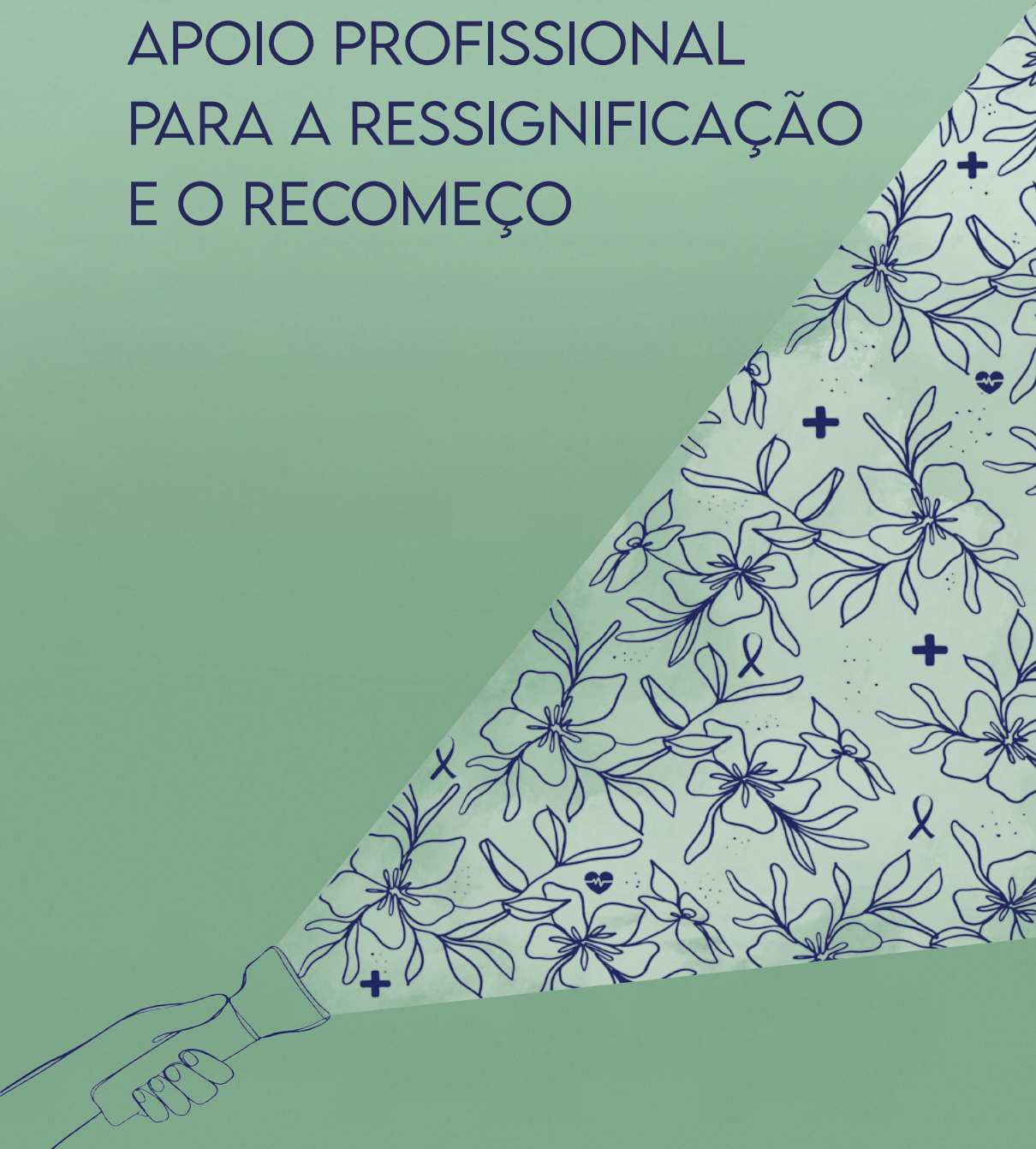
41. BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2010;32:Supl II. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005. Acesso em: 11 agosto 2022.

42. NOGUEIRA, D. M.; SILVA, I. W.; SILVA, A. C.; PEDROLLO, L.F. S.; VEDANA, K. G. G. Primeiros socorros em saúde mental. In: SILVA, A. C.; PEDROLLO, L. F. S.; SILVA, I. W.; VEDANA, K. G. G. (organizadores). **Promoção da Saúde Mental em pandemias e situações de desastres** [livro eletrônico], Ribeirão Preto-SP, 2020.–1ª.Ed.p.7-10 Disponível em: https://inspiracao-leps.com.br/wp-content/uploads/2020/12/Cartilha-2020-USP-digital-completa-OK.pdf Acesso em: 30 maio 2022.

43. VEDANA, K. G. G. Iniciativas estratégicas para a prevenção dos comportamentos suicidários em idosos. **Revista de Enfermagem Referência**, 2018. English ed.; Coimbra Jan-Mar;4(16): 3-6.

44. CONWELL, Y.; VAN ORDEN, K.; CAINE, E. D. Suicide in older adults. **The Psychiatric clinics of North America,** 2011, 34(2), 451–468, ix. https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002 Acesso em: 11 agosto 2022.

CAPÍTULO 8

POSVENÇÃO:
APOIO PROFISSIONAL PARA A RESSIGNIFICAÇÃO E O RECOMEÇO

CAPÍTULO 8

POSVENÇÃO: APOIO PROFISSIONAL PARA A RESSIGNIFICAÇÃO E O RECOMEÇO

Laysa Fernanda Silva Pedrollo
Enfermeira Licenciada, Mestranda pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Aline Conceição Silva
Enfermeira, Doutora pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e Docente na Universidade do Estado de Minas Gerais.

Kelly Graziani Giacchero Vedana
Enfermeira, Professora Livre Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

"Há em cada um de nós um potencial para a bondade que é maior do que imaginamos; para dar sem buscar recompensas; para escutar sem julgar; para amar sem impor condições".

Elizabeth Kübler-Ross (2017)

Objetivo do capítulo: Conceitualizar, discutir e refletir questões relacionadas às temáticas de luto por suicídio e posvenção do suicídio, especialmente no que se refere aos cuidados e à assistência em saúde junto aos sobreviventes enlutados por suicídio.

SUICÍDIO E O LUTO POR SUICÍDIO

Considerado um problema de saúde pública mundial com impactos variados em diversos grupos sociais, o suicídio é um comportamento complexo e multifatorial[1-2]. As elevadas taxas de suicídios nos levam a reflexões relacionadas aos impactos, em especial, para as pessoas que vivenciam a perda por suicídio. Uma pesquisa norte-americana apontou que uma única morte por suicídio afeta mais de 130 pessoas, de modo a confrontar estimativas anteriores que elencavam que cerca de seis pessoas eram impactadas a cada óbito[3]. Uma morte por suicídio gera impactos sociais, afetivos, emocionais e econômicos que podem perdurar, e , em especial, na vida das pessoas que

eram próximas à pessoa que morreu[4].

Na literatura científica, uma pessoa que está passando pelo processo de luto por suicídio é comumente chamada de enlutada por suicídio. Outros termos também utilizados por autores da área são "sobreviventes" ou "sobreviventes enlutados por suicídio"[5-6]. Vale destacar que o termo "sobrevivente", isoladamente, pode ser ambíguo, pois em alguns casos é utilizado para mencionar alguém que sobreviveu a uma tentativa prévia de suicídio[5-6].

Os enlutados por suicídio fazem parte de um extenso grupo de pessoas que possuem vivências particulares, principalmente por enfrentarem alguns obstáculos, sofrimentos e desafios que possuem características comuns. Os sobreviventes enlutados são atingidos e impactados por uma perda significativa, carregada de dores, sofrimentos, angústias e questionamentos que se relacionam a uma morte que é associada a tabus, pré-julgamentos e estigmas[7]. Esse aspecto pode ser reforçado pela vivência do luto não reconhecido ou autorizado, ou seja, quando o processo de enlutamento por suicídio não é plenamente acolhido, compreendido ou validado por outras pessoas[8].

Diversos estudos também destacam taxas mais elevadas de risco suicida em enlutados por suicídio[9-11]. Outro aspecto relevante se relaciona com aos efeitos de contágio e/ou imitativos (conhecido também como Efeito Werther[1]), os quais se caracterizam pela identificação e possibilidade de apresentação de comportamentos e características semelhantes aos vivenciados em uma morte por suicídio[5,12].

POSVENÇÃO: O APOIO AO ENLUTADO POR SUICÍDIO

A origem do termo posvenção não é recente e, por muitas vezes, é confundida com a prevenção do suicídio. A primeira menção sobre a posvenção ocorreu na década de 70 pelo psicólogo americano Edwin S. Shneidman, reconhecido por seu extenso trabalho científico desenvolvido na área da suicidologia. Em uma de suas principais obras, o livro *Deaths of Man* (1973), o autor apresentou o termo em inglês "*postvention*" (posvenção), estabelecendo assim uma nova perspectiva para as abordagens voltadas às vivências pós-suicídio[13].

Em seus estudos, Shneidman estendeu os olhares em relação ao suicídio para além da morte, com destaque para a compreensão do indivíduo, de modo a evidenciar necessidades daqueles que vivenciavam a perda por uma morte por suicídio[13-14]. Nesse contexto, o surgimento da posvenção de uma forma mais robusta possibilitou o aprofundamento nos estudos sobre essa temática na área da suicidologia, estabelecendo-

---

1. Efeito Werther: efeito contágio de mortes por suicídio. Historicamente o termo é relacionado ao livro Os sofrimentos do jovem Werther (Goethe, 1774) em que o personagem morre por suicídio.

se como uma vertente da prevenção do suicídio.

A posvenção se caracteriza por toda e qualquer intervenção realizada com um ou mais sobreviventes enlutados por suicídio por meio de atividades, ações e estratégias passíveis de serem desenvolvidas após a morte por suicídio[5,15]. O acolhimento do sofrimento se destaca quando abordamos a posvenção, uma vez que relatos de sobreviventes enlutados por suicídio, bem como o próprio estigma e tabu relacionados ao suicídio, afastam os cuidados a serem prestados a este público, de modo a enfatizar e desencadear sentimentos negativos e julgadores frente à perda[16]. Vale ressaltar que o trabalho da posvenção se estabelece também como uma forma de prevenir novas tentativas e mortes por suicídio (prevenção para gerações futuras)[17].

Autores que estudam a posvenção reforçam que o desenvolvimento de intervenções junto aos enlutados pode ser importante para o reconhecimento de respostas internas do indivíduo, especialmente em processos que envolvem o autoconhecimento, o acolhimento interno das próprias dores e sofrimento, com a busca pela ressignificação de toda a vivência[5]. Esses aspectos destacam questões de continuidade, da busca pelo equilíbrio e da compreensão da morte.

Alguns estudos enfatizam o desenvolvimento de ações de psicoeducação na posvenção, ressaltando os benefícios de um trabalho que visa à promoção do bem-estar do indivíduo, valorização da vida, reconhecimento de fatores protetivos (que diminuem os efeitos de risco) e de validação dos sentimentos e reações presentes nesse processo[5,18]. Portanto, o desenvolvimento da posvenção pode ocorrer por meio da realização de variadas intervenções planejadas que visem ao apoio, acolhimento, cuidado e suporte a ser prestado a pessoa enlutada por suicídio, em diversos contextos que vivenciam essa morte, seja no ambiente domiciliar, de trabalho, de estudo ou outros espaços necessários[17,19-22].

POSVENÇÃO: LUTO POR SUICÍDIO E A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO

O cuidado junto a um enlutado se mostra como tarefa desafiadora, principalmente porque as visões sobre a morte e o processo de morrer são variadas e distintas para cada indivíduo e sociedade[23]. Quando falamos sobre o luto por suicídio, novos capítulos são adicionados a essas vivências, em especial, questões que envolvem sentimentos, pré-julgamentos, estigmas e tabus relacionados a essa morte[24].

Além disso, o luto por suicídio inclui aspectos e características que evidenciam a complexidade desse processo, principalmente, pela causa da morte, a qual se trata de uma experiência traumática, violenta e, em muitos casos, inesperada[5,7]. Há especificidades

deste luto que fazem com que ele se apresente de forma diferente do luto ocasionado por outros tipos de morte, fator esse que ressalta a importância de cuidados direcionados aos sobreviventes enlutados[25-26].

A pessoa enlutada por suicídio está exposta a dificuldades e barreiras pessoais, relacionais, sociais, e a falta de acolhimento e compreensão se associam com alterações psicológicas, emocionais e físicas[7]. O sobrevivente enlutado se vê diante de novas formas de se vivenciar questões do dia a dia, novas percepções de si mesmo, da relação com a pessoa que morreu por suicídio e com outras pessoas que ficam[5]. A vivência do luto pode gerar significativas alterações no equilíbrio físico e mental da pessoa, dessa forma a importância de evitar a patologização de um fenômeno tão complexo[5]. Contudo, a dificuldade de restauração do equilíbrio físico, psicológico e emocional para a continuidade da vida podem interferir na elaboração do luto a longo prazo[27.]

A seguir, destacamos algumas das principais reações, sentimentos e alterações comumente vivenciados e descritos em estudos atuais da literatura científica sobre a temática de luto por suicídio[5,8-9,18,24,28-30] (ver Quadro 1).

Quadro 1 - Alterações, reações e sentimentos descritos na literatura científica e presentes na vivência do luto por suicídio.

Sentimentos e reações
• **Acusações, julgamentos e preconceitos:** enlutados por suicídio relatam perceber essas reações de outras pessoas, por se tratar de um suicídio.
• **Ambivalência:** interrupção e perda *versus* continuidade da vida, enlutado após a perda se vê diante de um novo começo após uma perda.
• **Conflitos:** com si próprio, com quem se matou, com pessoas próximas e a sociedade devido à morte por suicídio.
• **Culpa:** uma das principais reações presentes no luto por suicídio. Está relacionada principalmente com a impossibilidade de alterar determinadas vivências, atitudes, comportamentos e ações. A culpa está relacionada ao desejo de que a realidade vivida fosse diferente. A escuta para compreensão dos motivos da culpa pode ser um caminho inicial para o entendimento desse sentimento do enlutado.
• **Dúvidas, questionamentos e a busca por respostas:** o óbito por suicídio pode gerar um forte desejo de descobrir causas, motivos e entender o comportamento da pessoa que se foi. A ânsia pela busca por respostas ligadas à morte por suicídio pode ser exaustiva, reducionista e, geralmente, sem um resultado satisfatório.
• **Exposição e perda da privacidade:** a morte por suicídio, em muitas situações, é cercada por curiosidade, interesse por detalhes mórbidos, como se fosse um assunto público. Isso pode prejudicar o respeito à privacidade dos que ficam e da pessoa que morreu, o que gera um sofrimento, sentimento de vergonha, exposição excessiva e desrespeito.
• **Falta da menção do nome e de vivências da pessoa que se matou:** enlutados por suicídio referem se sentirem feridos quando pessoas próximas evitam falar sobre a pessoa que se matou, como se ela não tivesse existido ou se toda sua vivência tivesse sido resumida à forma como ela morreu.
• **Falta de sentido na vida:** a perda pode prejudicar a percepção sobre o sentido, vontade ou capacidade para dar continuidade às atividades cotidianas.

- **Isolamento, silenciamento e solidão:** para evitar sofrer com estigma, julgamentos, incompreensão ou com as reações negativas de outras pessoas, o enlutado por suicídio pode preferir manter para si seus sentimentos, vivências, como forma de autoproteção. Contudo, esse isolamento pode reforçar o distanciamento e a sensação de rejeição e/ou exclusão e a dificuldade de interagir com outras pessoas e buscar apoio.
- **Medo:** de que o suicídio possa se repetir com pessoas próximas e até mesmo consigo mesmo, como se fosse um padrão.
- **Necessidade de mudança:** sentimento comum em enlutados por suicídio, que têm expectativas de que algumas mudanças poderão auxiliar a melhorar sua situação (mudança de hábitos, local, atitudes e comportamentos). Em algumas situações, essas mudanças podem ser motivadas pelo desespero e desejo de evitar dor. Além disso, podem ser danosas, especialmente quando são implementadas de forma muito imediata, sem avaliação de consequências ou em um período não propício para a tomada de decisões drásticas (ex: mudanças de cidade, casa, venda de bens próprios, entre outros).
- **Raiva, revolta e indignação:** sentimentos intensos ocasionados pela perda. Em alguns casos, esses sentimentos podem ser dirigidos até mesmo à pessoa que morreu, por ela ter tirado a própria vida.
- **Reações de aniversário:** reações experienciadas por enlutados por suicídio que envolvem aspectos físicos, mentais e sociais, vivenciados principalmente em datas especiais e/ou comemorativas que se remetem à pessoa que morreu (ex: aniversários, datas que lembram a perda, situações que intensificam a lembrança da pessoa que morreu, entre outros).
- **Tristeza e desespero:** sentimentos pela ausência da pessoa que morreu. Podem ter duração, intensidade, impacto e flutuação variada.
- **Vergonha:** dificuldade ligada, principalmente, ao estigma, medo do que as outras pessoas poderão achar, pensar e até mesmo falar sobre o suicídio. Esse sentimento pode fazer com que a pessoa evite abordar o assunto, se isole e esconda sentimentos, gerando mais impactos em relação à perda.

Alterações físicas, emocionais e psicológicas

- Alterações na atenção e memória.
- Alterações no autocuidado (piora no padrão de sono, alimentação, higiene pessoal, entre outras).
- Dificuldades em tomar decisões.
- Dificuldades transitórias para cuidar de outras pessoas ou assuntos que estejam sob sua responsabilidade.
- Ansiedade.
- Cansaço.
- Choque.
- Dores (físicas, emocionais e psicológicas).
- Fadiga.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

Existem situações que resultam na vivência do luto complicado, ou seja, luto marcado por características (emocionais, sociais e físicas) duradouras que dificultam ou impedem a reorganização psicológica e a retomada da vida[11,31]. Essa realidade é evidenciada pelo luto não se apresentar de forma linear, tampouco ter seu tempo definido, sendo destacada, principalmente, em vivências em que o apoio ao enlutado não foi realizado. A elaboração da perda não é uma tarefa fácil e, por essa razão, o cuidado prestado pode ser peça-chave

para o enfrentamento do luto por suicídio de uma forma mais saudável e adaptativa. O desenvolvimento de intervenções de apoio, suporte e acolhimento ao enlutado por suicídio são de extrema importância para o enfrentamento saudável do luto, sendo essas ações usualmente contempladas na posvenção.

Não existe uma intervenção única ao se falar de posvenção, visto que os cuidados podem ser individuais, em grupos específicos, instituições e comunidades. Nesse sentido, o acolhimento (do sofrimento, da vivência, da escuta, entre outros) se destaca como uma das principais intervenções na posvenção.

Diversos autores destacam a importância da qualificação profissional para a assistência a enlutados por suicídio. Essa qualificação deve considerar o desenvolvimento de melhores atitudes relacionadas ao comportamento suicida, bem como a compreensão sobre as especificidades dos processos de luto por suicídio[21,32-34]. A atenção às necessidades emocionais dos sobreviventes enlutados precisa ser valorizada e garantida, uma vez que a vivência desse processo de luto se mostra desafiadora e, em diversos casos, pouco acolhedora. Dentre alguns direitos que precisam ser respeitados estão[5,35]:

- Elaborar, vivenciar e ser apoiado no processo de luto quanto a sentimentos, sensações e reações, considerando necessidades individuais e respeitando seu próprio tempo.
- Receber acolhimento sem estigmas, preconceitos e julgamentos durante a vivência do luto.
- Ter acesso a informações verídicas sobre a morte por suicídio.
- Participar de processos e rituais pós-morte (ex: preparação do funeral), conforme necessidades percebidas pelo enlutado.
- Ser respeitado em sua totalidade, em especial em questões relacionadas a sua privacidade e também à da pessoa que se matou (não ter sua intimidade e individualidade expostas e/ou divulgadas).
- Reconhecer que o modo como a pessoa morreu não resume, reduz ou apaga tudo o que ela foi em vida e todas as vivências compartilhadas com ela.
- Ressignificar a relação com a pessoa que morreu sem negar sentimentos, sensações e reações (torna-se também um processo de ressignificação de vida).
- Manter e respeitar a memória da pessoa que morreu por suicídio e não ser obrigado a se distanciar daquele que já se foi (ex: poder falar sobre a pessoa que morreu, evitar que o nome da pessoa que morreu se torne um tabu, ter diálogos sobre o que foi vivido com a pessoa, entre outros).
- Ser acolhido por pessoas próximas e queridas, além de profissionais qualificados para a abordagem de questões que envolvem o processo de luto por suicídio.

- Obter informações referentes ao acesso a serviços e recursos nos quais possa procurar ajuda e apoio emocional.
- Ter sua autonomia respeitada, com a possibilidade de apoio e ajuda de forma colaborativa por outras pessoas próximas. Não é recomendado realizar todas as atividades pela pessoa enlutada mas, sim, oferecer um apoio que preserve sua autonomia e buscar maneiras de desenvolver atividades com ela, conforme necessário e/ou solicitado.
- Ter espaços e momentos para expressar e compartilhar as vivências em relação à morte por suicídio e o luto junto a outros sobreviventes enlutados, conforme sua necessidade e desejo.
- Entender os processos e as mudanças ligados ao luto por suicídio. Ser apoiado para não exigir ou cobrar de si próprio que as coisas continuem exatamente iguais ao que eram antes da morte.

PRINCIPAIS CUIDADOS DA ASSISTÊNCIA PROFISSIONAL NA POSVENÇÃO

A assistência relacionada à posvenção envolve uma multiplicidade de cuidados a partir da interdisciplinaridade e da rede de suporte da pessoa ou família enlutada. Envolve a compreensão de possibilidades, oportunidades e da busca por ações e intervenções acessíveis, que podem contribuir para a elaboração e vivência de um processo do luto por suicídio, de forma mais leve e com redução dos estigmas. É fundamental o desenvolvimento de intervenções que visem ao acolhimento, espaços de escuta qualificada e abordagens sem julgamentos do sobrevivente enlutado por suicídio. Junto a isso, o desenvolvimento de ações de mitigação dos efeitos imitativos e de fatores relacionados com a exposição frente ao comportamento suicida são fundamentais nesse processo.

Ressaltamos que o início do desenvolvimento de intervenções e ações de posvenção não é marcado por um período exato, entretanto, destaca-se a importância da realização de iniciativas propostas de forma mais rápida após a morte por suicídio, se possível, logo após as primeiras semanas do ocorrido[36]. Outro aspecto importante relaciona-se com a continuidade da posvenção. Estudos recentes ressaltam a necessidade de continuidade nas ações e intervenções de prevenção e posvenção, por meio de trabalhos contínuos que enfoquem em aspectos da promoção da saúde mental, com a possibilidade de promover o monitoramento e acolhimento dos enlutados[37-38].

A seguir, apresentamos alguns cuidados e indicações relacionados à posvenção, de modo a considerar ações e intervenções junto aos enlutados por suicídio que podem ser promovidas de forma imediata, a curto e também a longo prazo.

Posvenção: Cuidados imediatos

Dentre os principais cuidados imediatos de posvenção estão os processos de comunicação e suporte inicial em relação à morte por suicídio. Nesse sentido, as principais ações estão relacionadas ao acolhimento das reações, sentimentos e emoções de familiares e pessoas próximas, além da notificação e assistência prática. A função principal dos cuidados imediatos é colaborar no acolhimento próximo ao momento da informação sobre a morte e organização das ações essenciais. Dentre os cuidados se destacam:

- **Primeiros socorros em saúde mental[39]:** são uma abordagem preventiva útil para pessoas que passaram por experiências traumáticas. Seus princípios e ações essenciais incluem contato e engajamento, promoção de segurança, avaliação e atenção a necessidades, estabilização e conforto, promoção da eficácia pessoal e comunitária (enfrentamento saudável, reduzir comportamentos de risco ou mal adaptativos), conexão social e esperança. Com os primeiros socorros é possível que a pessoa possa abordar suas emoções, com amparo, segurança e respeito, sendo uma importante estratégia de promoção do bem-estar. Vale ressaltar que se trata de cuidados imediatos, não substituindo a necessidade de assistência profissional especializada em saúde mental.
- **Comunicação e más notícias:** a comunicação de más notícias precisa ser assertiva e acolhedora. É recomendável que ocorra de forma planejada, ofereça a oportunidade de escuta das pessoas envolvidas, respeite o momento e as necessidades da pessoa que recebe a informação. A comunicação de más notícias também envolve o acolhimento de sentimentos e a reflexão sobre planos ou estratégias para enfrentamento da situação.
- **Promoção de um ambiente seguro emocionalmente e plano de gestão de crises:** a pessoa que vivencia um evento traumático pode necessitar de maior conforto e segurança emocional (que podem ser promovidos por meio de um apoio mais intenso em um primeiro momento). Além disso, pode ser benéfico construir, juntamente com ela, um plano que saiba reconhecer quando, como e onde buscar apoio, se necessário.
- **Início de resposta sistêmica integrada e coordenada:** para uma resposta mais assertiva e ampla, é importante a integração de diferentes dispositivos da rede e diferentes profissionais ou pessoas interessadas em colaborar com demandas ligadas à posvenção. Entretanto, é importante que a resposta tenha uma coordenação organizada. Esse processo é facilitado na existência de protocolos municipais, estaduais e nacionais, inclusive com a atualização e formação de recursos humanos (saúde, assistência, líderes religiosos, agentes funerários, outras autoridades, entre outros atores sociais importantes para a posvenção) de forma prévia.
- **Acolhimento dos sentimentos, dúvidas e reações das pessoas enlutadas:** a compreensão dessas vivências é importante para o reconhecimento e acolhi-

mento daquilo que a pessoa enlutada por suicídio expressa, de modo a facilitar e até mesmo ajudar no ajuste referente ao processo de luto (lidar com os impactos gerados pela morte). Nesse acolhimento, o enlutado pode ser incentivado a expressar os sentimentos, em especial aqueles mais difíceis de serem abordados.

- **Estabilizar o ambiente após o suicídio:** a morte por suicídio impacta e gera alterações no ambiente e nas atividades cotidianas daqueles que ficam. O acolhimento proporcionado ao enlutado deverá favorecer e promover um ambiente mais estável, calmo e tranquilo, de modo a garantir a vivência e elaboração do luto.
- **Ações para reduzir efeito imitativo ou negativo da exposição ao comportamento suicida:** dentre as ações estão a disponibilidade e divulgação de instituições de apoio emocional e assistencial, aumento do suporte social, a comunicação responsável sobre o suicídio. A comunicação sobre a morte por suicídio pode favorecer a redução de efeitos negativos e promoção da educação em saúde. A comunicação deve ser realizada de forma cuidadosa, acolhedora e direta, sem julgamentos, exposição da vítima, imagens ou métodos, sem simplificar a causalidade da morte. Também é recomendável incluir informações sobre a prevenção e sobre estratégias e fontes de suporte emocional e social.
- **Ações de assistência prática imediata (Quadro 2):** identificação e articulação em rede de apoio para a assistência às necessidades iniciais (organização de ritos fúnebres, comunicação da morte, demandas financeiras não previstas, entre outras) da situação. Tais ações são realizadas a partir das necessidades apresentadas pelos enlutados e podem seguir a partir de orientações ou ajuda direta nesses processos.

Quadro 2 - Conheça mais sobre ações de assistência prática imediata na posvenção.

- Suporte no acionamento e relacionamento com outras autoridades (bombeiros, policiais, peritos, instituto médico-legal, entre outros).
- Colaboração na organização dos ritos culturais de despedida (agentes funerários, religiosos e culturais).
- Acolhimento dos anseios possibilitando que a pessoa possa se comunicar em relação a dúvidas e estigmas: importância do uso de frases simples e curtas para respostas sobre a causa da morte como “ele morreu por suicídio”. Além da elegibilidade de parentes ou amigos que possam colaborar para menor exposição de familiares enlutados à curiosidade de outras pessoas.
- Articulação com a rede para acolhimento de necessidades culturais, financeiras e outras necessidades sociais.
- Identificar a necessidade de outras providências do pós-morte.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

- **Identificação da rede de apoio de qualidade:** o suporte social é um dos fatores protetivos mais importantes para prevenção do suicídio e para o processo

de enlutamento por suicídio[40]. Nesse sentido, é importante identificar pessoas próximas, líderes comunitários ou instituições que possam fornecer suporte e acolhimento de qualidade às pessoas enlutadas.

- **Vinculação segura com profissionais de saúde:** após o momento inicial do enlutamento, as pessoas enlutadas podem precisar de cuidado profissional mais próximo para colaborar no processo. Frente às características do Sistema Único de Saúde (SUS), é importante compreender que todos os níveis de atenção podem colaborar, conforme suas características, nesse processo de forma humanizada e sem patologização. Pensar no acolhimento dos enlutados na atenção primária em saúde, com a discussão de caso e possibilidade de encaminhamento e suporte da atenção especializada, busca ativa e sistema de referência e contrarreferência e o matriciamento são importantes para a vinculação segura e não desamparo dos enlutados.

Posvenção: Cuidados a curto prazo

Os cuidados a curto prazo estão relacionados à identificação e compreensão inicial do contexto da perda, fortalecimento de vínculos, atividades de vida, autocuidado, autopreservação e vinculação com profissionais e serviços de saúde para acompanhamento em saúde e processo de luto.

Dentre os cuidados estão a avaliação inicial da pessoa enlutada, identificação e fortalecimento da rede de apoio (familiares, pessoas queridas, organizações sociais), suporte aos sentimentos e questionamentos relacionados ao enlutamento por suicídio, identificação das necessidades socioeconômicas, vinculação a outros serviços adicionais, restauração do equilíbrio de atividades diárias e de autocuidado e, em especial, a vinculação segura de suporte de equipe em saúde. Recomenda-se a inclusão de ações como:

- **Garantir serviços de suporte:** apresentar, fornecer e garantir que os serviços de apoio e saúde estejam disponíveis, adequados e consistentes para todos os afetados, inclusive crianças e adolescentes.
- **Colaborar na compreensão de sentimentos, dúvidas e reações (Quadro 1):** encorajar a pessoa enlutada a expressar a necessidade de ajuda e a forma como deseja ser ajudada. Em relação às dúvidas é importante colaborar na compreensão da complexidade e multicausalidade do comportamento. Tal compreensão é necessária para reduzir sentimentos de culpa e autocobrança excessiva. Além disso, muitas pessoas se preocupam com a possibilidade de sofrimento da vítima de suicídio, em outro plano, especialmente quando as crenças religiosas não valorizam a expectativa do perdão do enlutado. O trabalho com lideranças religiosas pode ser positivo para favorecer experiências acolhedoras e menos punitivas.
- **Avaliar e monitorar comportamento suicida e/ou de comportamentos imitativos:** identificar e avaliar o risco de comportamento suicida (tentativa pre-

gressa, ideação, planejamento) e a relação com a perda do ente querido. Uma morte por suicídio pode ser um estressor importante para pessoas vulneráveis, e investigar essa possibilidade de associação é importante ação de prevenção. Muitos enlutados por suicídio podem ter medo de que o suicídio também vá acontecer com eles ou na própria família. Esse também é um momento importante para acolher os sentimentos e realizar educação em saúde para desestigmatização do suicídio.

- **Avaliar tomada de decisões:** orientar a pessoa enlutada a evitar tomar decisões impactantes ou drásticas durante o período do luto. Muitos enlutados por suicídio podem desejar se desfazer de objetos pessoais da vítima ou realizar grandes mudanças (venda de residência, automóvel, entre outros). Importante colaborar na reflexão da tomada de decisão com menor impacto emocional, econômico e social a longo prazo.
- **Incentivar ações cotidianas de autocuidado:** esse processo inclui cuidados físicos e com bem-estar e saúde mental, principalmente com o foco na manutenção de uma rotina mais saudável. Destaca-se o cuidado relacionado à alimentação, sono/descanso, hidratação, prática de atividades físicas (conforme possível), evitar hábitos nocivos (ex: uso de álcool e tabaco), prática de bem-estar (ex: leitura, relaxamento, atividades de lazer, entre outras). O importante é o incentivo a atividades que proporcionem segurança, proteção e até mesmo momentos de distração para a pessoa enlutada.
- **Fortalecimento da rede de apoio e sensação de pertencimento:** no momento inicial tem-se a identificação de vínculos de qualidade para o apoio social. Posteriormente, é importante colaborar para o fortalecimento desses vínculos, que podem ser familiares, pessoas queridas, grupos sociais dos quais os enlutados fazem parte, entre outras possibilidades. Todo trabalho é realizado respeitando as vivências e necessidades dos enlutados. É importante favorecer as habilidades sociais da pessoa, para evitar o isolamento e a violação de direitos, de modo a contribuir para que ela consiga expressar suas necessidades e a forma como espera ser ajudada.
- **Inserção em grupos de suporte:** os grupos de suporte para enlutados colaboram na troca de experiências e processo de ressignificação e superação de pessoas enlutadas pela perda do suicídio. Estudos priorizam a possibilidade de inserção em grupos específicos de enlutados por suicídio[18,40]. A criação, manutenção e mediação adequada desses grupos podem ser importantes para o estabelecimento de relações afetivas e apoiadoras.
- **Assistência profissional especializada em saúde mental:** pessoas enlutadas podem precisar de assistência profissional especializada em saúde mental. A literatura descreve bons resultados com o acompanhamento profissional e variáveis estratégias de assistência profissional à pessoa enlutada[21]. É importante que a assistência especializada esteja contextualizada com todo processo e a necessidade de vinculação em rede (contra referência, matriciamento, dis-

cussão de caso, entre outras estratégias).

Posvenção: cuidados a longo prazo

Os cuidados a longo prazo estão relacionados às ações de ressignificação e reconstrução do mundo interno e externo do sobrevivente enlutado frente à perda por suicídio. Os cuidados incluem a reorganização do processo de vida, valorização de vida, o manejo de sentimentos (sendo algo que segue por toda a vida), o fortalecimento de vínculos, a construção e resgate de planos e perspectivas de vida. O profissional da saúde tem papel nesses processos e pode colaborar na compreensão, ressignificação e preparo das reações de aniversário e outras datas marcantes (Quadro 1).

- **Acolhimento oferecido aos sobreviventes enlutados:** revisar, avaliar e refletir a resposta frente às intervenções e acolhimento prestado aos enlutados é uma importante forma de reconhecer aspectos que foram positivos nessa construção, bem como pensar em questões que poderão ser trabalhadas de outras maneiras. Vale ressaltar que os cuidados de posvenção vão diferir de pessoa para pessoa, por isso, não existirá uma regra que defina como todo esse processo pode ser realizado. Fornecer espaços para que o enlutado possa se expressar sobre como tem se sentido frente a esse acolhimento pode contribuir para a continuidade do processo.
- **Cuidados em saúde:** ações, intervenções e atividades educativas com foco no público geral, de modo a abordar questões que envolvem a prevenção da violência autoprovocada (prevenção e posvenção) e promoção da saúde mental (incluir informações sobre suporte emocional, primeiros socorros em saúde mental, valorização da vida e de fatores de proteção, propor orientações, psicoeducação sobre suicídio, luto, trauma e autocuidado eficaz, entre outras temáticas). As possibilidades podem contribuir com a promoção contínua da saúde mental, por meio da divulgação e popularização de conhecimento seguro e embasado cientificamente sobre as temáticas.
- **Desenvolvimento de ações e intervenções de promoção da saúde mental:** atividades como grupos de apoio com foco em temáticas variadas, rodas de conversa, realização de campanhas de cuidado à saúde, entre outras. Vale destacar a possibilidade de aprofundamento de questões relacionadas a mitos sobre o suicídio, abordagens sobre riscos relacionados a comportamentos imitativos, bem como a valorização da prevenção do comportamento suicida nessas atividades. O reconhecimento do contexto, a construção colaborativa e criativa pode ajudar a responder às necessidades locais da população e dos profissionais do serviço de saúde.
- **Fundamentação para as ações de posvenção:** as interações e ações de apoio ao luto precisam estar baseadas em evidências científicas. As intervenções apoiadas por pesquisas e abordagens para o cuidado com base em teorias e práticas aceitas têm melhores chances de obter bons resultados. Busque

informações científicas e atuais para subsidiar as tomadas de decisões. Importante frisar que as ações dispostas neste capítulo não esgotam a temática e pensar em posvenção é refletir criticamente sobre demandas contextualizadas socioculturalmente. Destacamos também a importância do acolhimento da equipe responsável pelo cuidado. A vivência de uma morte por suicídio pode afetar também os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado. Por essa razão, busque desenvolver atividades de acolhimento inserindo esse público, compreendendo suas experiências, demandas e necessidades.

POSVENÇÃO: POR ONDE CAMINHAMOS ATÉ O MOMENTO?

No cenário mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) têm realizado um importante trabalho para a compreensão do suicídio em diversos contextos, de modo a reforçar e promover o conhecimento científico, bem como incentivar a realização de ações quem incluam a posvenção[1,41]. Outras organizações, associações e lideranças da sociedade têm unido esforços para contribuir com a qualificação de grupos interessados em realizar ações de posvenção.

No cenário brasileiro, as ações de posvenção são timidamente abordadas, em especial por políticas públicas, algo que reflete, principalmente, na educação profissional e social[42-43]. Frisamos a importância de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial da Rede de Assistência Psicossocial (RAPS), como um sistema universal, integralizado e territorializado para o fortalecimento das ações de posvenção[44].

Nesse sentido, destaca-se a coordenação hierarquizada e descentralizada para formulação das políticas públicas, para prevenção da violência autoprovocada e qualificação interprofissional (formação e capacitação). Tal processo também está articulado a mudanças estruturais que viabilizem os direitos sociais e humanos, garantido a valorização da vida humana em sua totalidade[45], além do fortalecimento das instituições de ensino superior brasileiras, contribuindo diretamente na produção científica e extensionista para as ações de posvenção e prevenção da violência autoprovocada no país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressaltamos que o presente capítulo não esgota os conhecimentos sobre as temáticas, mas, sim, colabora na reflexão e discussão sobre a posvenção enquanto um importante e significativo ponto de partida para as abordagens sobre a prevenção do suicídio e promoção da saúde mental. Esperamos poder construir conjuntamente reflexões críticas sobre a posvenção, de modo a desestigmatizar e ampliar as possibilidades do acolhimento às pessoas enlutadas por suicídio.

QUADRO SÍNTESE

<table>
<tr><td colspan="2">Posvenção: toda e qualquer intervenção realizada com um ou mais sobreviventes enlutados por suicídio por meio de atividades, ações e estratégias passíveis de serem desenvolvidas após a morte por suicídio[5,15].</td></tr>
<tr><td colspan="2">Sentimentos e reações: culpa, preconceito, raiva, vergonha, ambivalência, exposição, falta de motivação, isolamento, silenciamento, solidão, medo, reações de aniversário, tristeza, desespero, alterações na atenção e memória, alterações no autocuidado (piora no padrão de sono, alimentação, higiene pessoal, entre outras), ansiedade, cansaço, choque, dores (físicas, emocionais e psicológicas), fadiga, além de possível distanciamento, por parte do sobrevivente enlutado, das vivências e memórias compartilhadas junto a pessoa que morreu por suicídio.</td></tr>
<tr><th>Cuidados em Posvenção</th><th>Ações de Cuidados</th></tr>
<tr><td>Cuidados Imediatos
(comunicação e suporte inicial em relação à morte por suicídio)</td><td>- Planejamento resposta sistêmica e integrada.
- Acolhimento dos sentimentos, dúvidas e reações.
- Estabilização do ambiente após o suicídio.
- Redução do efeito imitativo da exposição ao comportamento suicida.
- Assistência prática imediata (acionamento de autoridades competentes, ritos culturais e fúnebres, despesas não previstas e outras necessidades sociais).
- Fortalecimento da rede de apoio.
- Vinculação à rede de saúde.</td></tr>
<tr><td>Cuidados a Curto Prazo
(identificação e compreensão inicial do contexto da perda, fortalecimento de vínculos, atividades de vida, autocuidado, autopreservação e vinculação com serviços de saúde)</td><td>- Garantir serviços de suporte.
- Colaborar na compreensão de sentimentos, dúvidas e reações.
- Avaliar e monitorar comportamento suicida e/ou de comportamentos de risco.
- Avaliar tomada de decisões impactantes.
- Incentivar ações cotidianas de autocuidado.
- Fortalecimento da rede de apoio.
- Inserção em grupos de suporte a enlutados por suicídio.
- Assistência profissional em saúde mental.</td></tr>
<tr><td>Cuidados a Longo Prazo
(ações de ressignificação e reconstrução do mundo interno e externo do sobrevivente enlutado frente à perda por suicídio)</td><td>- Avaliação do acolhimento oferecido aos sobreviventes enlutados.
- Cuidados em saúde e saúde mental.
- Desenvolvimento de ações e intervenções de promoção da saúde mental.
- Busca de fundamentação para as ações de posvenção.
- Cuidados dos profissionais de saúde envolvidos.</td></tr>
<tr><th colspan="2">Alguns desafios e prioridades para futuras pesquisas sobre a posvenção</th></tr>
</table>

- Fortalecimento da base de evidências científicas sobre o luto por suicídio e a posvenção (estudos, intervenções, resultados obtidos, replicação das propostas em outros contextos de atuação).
- Desenvolvimento de padrões internacionais para o treinamento sobre a posvenção, sensíveis às necessidades e habilidades dos profissionais.
- Participação dos enlutados na elaboração de projetos de pesquisa e avaliação da prestação de serviços.
- Compreensão do impacto da morte por suicídio nos profissionais de saúde.
- Disseminação de conhecimento embasado cientificamente sobre a temática para a população, de forma clara e acessível, com foco na desestigmatização.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide:** a global imperative. Geneva: WHO, 2014. 92 p.

2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Suicide in the world:** Global Health Estimates. WHO/MSD/MER, 2019. 32 p.

3. CEREL, J.; BROWN, M. M.; MAPLE, M.; SINGLETON, M.; VENNE, J.; MOORE, M. How many people are exposed to suicide? Not six. **Suicide Life Threat Behav.** 2018;49(2): 529–534. Doi: https://doi.org/10.1111/sltb.12450. Acesso em: 11 agosto 2022.

4. DUTRA, K.; PREIS, L. C.; CAETANO, J.; SANTOS, J. L. G.; LESSA, G. Vivenciando o suicídio na família: do luto à busca pela superação. **Rev. Bras. Enferm (*Online*).** 2018;71(5):2146-53. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0679.

5. FUKUMITSU, K. O. **Sobreviventes enlutados por suicídio:** cuidados e intervenções. 1 ed. São Paulo: Summus; 2019.

6. FUKUMITSU, K. O.; ABILIO, C.; LIMA, C. F. S.; GENNARI, D. M. Postvention: a new perspective for a suicide. **Rev. Bras. Psicol.** 2015;02(02):48-60.

7. BERARDELLI, I.; ERBUTO, D.; ROGANTE, E.; SARUBBI, S.; LESTER, D.; POMPILI, M. Making sense of the unique pain of survivors: a psychoeducational approach for suicide bereavement. **Front Psychol.** 2020;30(11): 1244. Doi: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01244. Acesso em: 9 agosto 2022.

8. ROCHA, P. G.; LIMA, D. M. A. Suicídio: peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. **Psicol. Clínica.** 2019;31(2):323-344.

9. FUKUMITSU, K. O.; KÓVACS, M. J. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. **Psico**. 2016;47(1):1-3. Doi: https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.1.19651. Acesso em: 11 agosto 2022.

10. NUNES, F.; PINTO, J.; LOPES, M.; ENES, C.; BOTTI, N. C. L. O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: revisão integrativa. **Rev. Port. Enferm. Saúde Mental.** 2016;15(15):17–22. Doi: https://doi.org/10.19131/rpesm.0127. Acesso em: 11 agosto 2022.

11. FRUMKIN, M. R.; ROBINAUGH, D. J.; LEBLANC, N. J.; AHMAD, Z.; BUI, E.; NOCK, M. K.; SIMON, N. M.; MCNALLY, R. J. The pain of grief: exploring the concept of psychological pain and its relation to complicated grief, depression, and riskfor suicide in bereaved adults. **J. Clin. Psychol.** 2020;77:254–267.

Doi: https://doi.org/10.1002/jclp.23024. Acesso em: 11 agosto 2022.

12. MORETTO, M. L. T.; SVARTMAN, B. P.; FRELLER, C. C.; MASSOLA, G. M.; CROCHÍK, J. L.; SILVA, P. F. O suicídio e a morte do narrador. **Psicol. USP.** 2017;28(2):159-164. Doi: https://doi.org/10.1590/0103-656420172802. Acesso em: 11 agosto 2022.

13. SHNEIDMAN, E. **Deaths of man**. New York: Quadrangle; 1973.

14. LEENAARS, A. A. Lives and deaths: biographical notes on selections from the works of Edwin S. Shneidman. **Suicide Life Threat Behav.** 2010;40(5):476-91. Doi: 10.1521/suli.2010.40.5.476. Acesso em: 11 agosto 2022.

15. SHNEIDMAN, E. **A commonsense book of death reflections at ninety of a lifelong thanatologist.** Oxford: University Press; 2008.

16. PITMAN, A.; SOUZA, T. de; KHRISNA, A. P.; STEVENSON, F; KING, M; OSBORN, D; MORANT, N. Support needs and experiences of people bereaved by suicide: qualitative findings from a cross-sectional british study of bereaved young adults. **Int J Environ Res Public Health.** 2018;15(4):666. Doi: https://doi.org/10.3390/ijerph15040666. Acesso em: 11 agosto 2022.

17. ANDRIESSEN, K. Can postvention be prevention? **Crisis**. 2009;30(1):43-7. Doi: http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.43. Acesso em: 11 agosto 2022.

18. SCAVACINI, K.; CORNEJO, E. R.; CESCON, L. F. Grupo de apoio aos enlutados pelo suicídio: uma experiência de posvenção e suporte social. **Revista M**. 2019;4(7):201-214. Doi: https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.201-214. Acesso em: 11 agosto 2022.

19. COOK, F. J. Executive summary and goals and objectives of the U.S. National Postvention Guidelines. **Death Studies.** 2017;41(10):622–628. Doi: http://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335546. Acesso em: 11 agosto 2022.

20. SZUMILAS M.; KUTCHER, S. Post-suicide intervention programs: a systematic review. **Can J Public Health.** 2011;102(1):18-29. Doi: https://doi.org/10.1007/BF03404872. Acesso em: 11 agosto 2022.

21. ANDRIESSEN, K.; KRYSINSKA, K.; HILL, N. T. M.; REIFELS, L.; ROBINSON, J.; REAVLEY, N.; PIRKIS, J. Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. **BMC Psychiatry.** 2019;19(49). Doi: https://doi.org/10.1186/s12888-019-2020-z. Acesso em: 11 agosto 2022.

22. JORDAN, J. R. Postvention is prevention -The case for suicide postvention. **Death Studies**. 2017;41(10):614-621. Doi: https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335544. Acesso em: 11 agosto 2022.

23. KOVÁCS, M. J. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, 1992.

24. PITMAN, A. L.; STEVENSON, F.; OSBORN, D. P. J.; KING, M. B. The stigma associated with bereavement by suicide and other sudden deaths: A qualitative interview study. Soc Sci Med. 2018;198:121-129. Doi: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.035. Acesso em: 11 agosto 2022.

25. BARTONE, P. T.; BARTONE, J. V.; VIOLANTI, J. M.; GILENO, Z. M. Peer support services for bereaved survivors: a systematic review. **Omega**. 2019;80(1):137-166. Doi: http://doi.org/10.1177/0030222817728204. Acesso em: 12 agosto 2022.

26. FISHER, J. E.; ZHOU, J.; ZULETA, R. F.; FULLERTON, C. S.; URSANO, R. J.; COZZA, S. T. Coping strategies and considering the possibility of death in those bereaved by sudden and violent deaths: grief severity, depression, and posttraumatic growth. **Front. Psychiatry.** 2020;11(479):1-10. Doi: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00749. Acesso em: 12 agosto 2022.

27. LINDE, K.; TREML, J.; STEINIG, J.; NAGL, M.; KERSTING, A. Grief interventions for people bereaved by suicide: a systematic review. **PLoS One**. 2017;23;12(6):e0179496. Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179496. Acesso em:12 agosto 2022.

28. NUNES, F.; PINTO, J.; LOPES, M.; ENES, C.; BOTTI, N. C. L. O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: revisão integrativa. **Rev. Port. Enferm. Saúde Mental.** 2016;15(15);17–22. Disponível em: https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0127. Acesso em:12 agosto 2022.

29. FEIGELMAN, W.; SANFORD, R.; CEREL, J. Suicide notes: assessing their impact on the bereaved. **Suicide Life Threat Behav.** 2019;49(3):859-867. Doi: https://doi.org/10.1111/sltb.12489. Acesso em: 12 agosto 2022.

30. KÕLVES, K.; ZHAO, O.; ROSS, V.; HAWGOOD, J.; SPENCE, S. H.; LEO, D. Suicide and other sudden death bereavement of immediate family members: an analysis of grief reactions six-months after death. **J Affect Disord.** 2018;15(243):96-102. Doi: https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.018. Acesso em: 12 agosto 2022.

31. MUGHAL, S.; AZHAR, Y.; SIDDIQUI, W. J. **Grief reaction**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.

32. MULLER, S. A.; PEREIRA, G.; ZANON, R. B. Estratégias de prevenção e posvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Psicol.** IMED. 2017;9(2):1-18. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpi/v9n2/02.pdf. Acesso em: 12 agosto 2022.

33. VEDANA, K. G. G.; MAGRINI, D. F.; ZANETTI, A. C. G.; MIASSO, A. I.; BORGES, T. L.; SANTOS, M. A. dos. Attitudes towards suicidal behaviour and associated factors among nursing professionals: A quantitative study. **J Psychiatr Ment Health Nurs**. 2017;24(9-10): 651-59. Doi: https://doi.org/10.1111/jpm.12413. Acesso em: 12 agosto 2022.

34. ANDRIESSEN, K.; KRYSINSKA, K.; KÕLVES, K.; REAVLEY, N. Suicide postvention service models and guidelines 2014-2019: a systematic review. **Front. Psychol.** 2019;10(2677):1-22. Doi: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02677. Acesso em: 12 agosto 2022.

35. ANDRIESSEN, K. How to increase suicide survivor support? Experiences from the National Survivor Programme in Flanders-Belgium. **XXII World Congress of the International Association for Suicide Prevention (IASP)**. 2004. p. 1-11.

36. BEAUTRAIS, A. L. **Suicide postvention.** Support for families whānau and significant others after a suicide. A literature review and synthesis of evidence. Christchurch School of Medicine & Health Sciences, 2004.

37. ANTONIASSI, R. P. N.; RODACOSKI, G. C.; FIGEL, F. C. Propostas de ações do comitê de prevenção e posvenção do suicídio em uma Secretaria Municipal de Saúde. **R. Saúde Públ. Paraná.** 2019;2(2):11-25.

38. SILVA, A. C.; VEDANA, K. G. G. Recomendações para planos de posvenção em contextos institucionais e educacionais. **InspiraAção**, 2019;1:1-17. Disponível em: https://inspiracao-leps.com.br/wp-content/uploads/2019/10/Recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-Planos-de-Posven%C3%A7%C3%A3o-Educ.

pdf. Acesso em: 12 agosto 2022.

39. NOGUEIRA, D. M.; SILVA, I. W.; SILVA, A. C.; PEDROLLO, L. F. S.; SILVA, I. W.; VEDANA, K. G. G. Primeiros socorros em saúde mental. In: VEDANA, K. G. G.; SILVA, A. C.; PEDROLLO, L. F. S. **Promoção da saúde mental em pandemia e situações de desastres.** Ribeirão Preto: SP; 2020. p. 7-10.

40. KREUZ, G.; ANTONIASSI, R. P. N. Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio. **Psicol. Estud.** 2020;25:1-15. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pe/a/NxmPb6PdVV8svwSFNP8ryqB/?lang=pt. Acesso em: 12 agosto 2022.

41. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa** - Suicídio. [S.l.]. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=-com_content&view=article&id=5671-folha-informativa-suicidio&Itemid=839. Acesso em: 20 maio 2022.

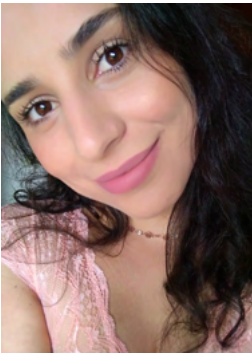
42. RUCKERT, M. L. T.; FRIZZO, R. P.; RIGOLLI, M. M. Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil. **Rev. Brasil. Terap**. Cog. 2019;15(2):85–91. Doi: http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190013. Acesso em:12 agosto 2022.

43. BRASIL. **Lei n. 13.819, de 26 de abril de 2019:** Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Brasília, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm. Acesso em: 12 agosto 2022.

44. MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde Soc.** 2017;26(2):329-335. Doi: 10.1590/S0104-12902017168321.

45. DANTAS, E. S. O. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? **Physis**. 2019;29(03):1-4. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290303 Acesso em: 12 agosto 2022.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

ISABELA DOS SANTOS MARTIN - Enfermeira, Especialista em Saúde Mental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Mestra em Ciências pelo Programa de Enfermagem Psiquiátrica, também pela EERP-USP. Membro do Centro de Educação de Prevenção e Posvenção ao Suicídio (CEPS) e do Laboratório de estudos e pesquisa em prevenção e posvenção do suicídio (LEPS). Atualmente atua como Especialista em Laboratório do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP-USP, colaborando em atividades de ensino, pesquisa e extensão. Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/4078024274545684

ALINE CONCEIÇÃO SILVA - Enfermeira e Mestra em Ciências pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Pós-Doutoranda no Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas na EERP-USP. Professora na Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG). Membro do Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio (CEPS) e do Laboratório de Estudos para Prevenção e Posvenção do Suicídio (LEPS). Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/4440794322404845

LAYSA FERNANDA SILVA PEDROLLO - Enfermeira, Mestre em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) pelo Programa de Enfermagem Psiquiátrica. Membro do Centro de Educação de Prevenção e Posvenção ao Suicídio - CEPS, do Laboratório de estudos e pesquisa em prevenção e posvenção do suicídio (LEPS). Atua em pesquisas e projetos de ensino e extensão com foco nas temáticas de Suicídio, Luto por Suicídio com ênfase na Posvenção, Simulação de Alta Fidelidade, Saúde Mental em Redes Sociais e Promoção da Saúde Mental. Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/5648727834893712

MARIA ALINE LEOCÁDIO - Enfermeira, formada pela Universidade de Uberaba. Pós Graduanda em Saúde Mental, pela Universidade de Uberaba. Mestranda do Programa de Pós Graduação Strictu Sensu em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Membro do Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio (CEPS). Atualmente é docente do curso Técnico em Enfermagem da Universidade de Uberaba. Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/2169920872680567

KELLY GRAZIANI GIACCHERO VEDANA - Enfermeira, Doutora em Ciências e Livre-Docente pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Realizou Pós-Doutorado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)- Portugal. Tem expertise nas áreas de Suicidologia, Enfermagem Psiquiátrica, Literacia e Promoção da Saúde Mental. Presidente do Capítulo Rho Upsilon da Sigma Theta Tau Internacional - Sociedade Honorífica de Enfermagem (2020-2021). Atualmente é Professora Associada do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP-USP, líder do Laboratório de Estudos e Pesquisa em Prevenção e Posvenção do Suicídio (LEPS) e Responsável pelo Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio (CEPS). Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/2869735400377436

Para conhecer outros materiais desenvolvidos pelo Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio, acesse nosso website e redes sociais.

 Website: www.inspiracao-leps.com.br

 Facebook: Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicidio

 Instagram: @ceps_eerp_usp e @inspiracaoleps

 E-mail: ceps@eerp.usp.br